ÉTUDES CLINIQUES

SUR

LA GRANDE HYSTÉRIE

OU

HYSTÉRO-ÉPILEPSIE

L'Académie des sciences a décerné à la première édition de cet ouvrage un prix Montyon au concours de 1881 (Section de médecine et de chirurgie).

BOURLOTON. — Imprimeries réunies, B.

ÉTUDES CLINIQUES

SUR

LA GRANDE HYSTÉRIE

OU

HYSTÉRO-ÉPILEPSIE

PAR

LE D[r] PAUL RICHER

Chef du laboratoire de la Clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière
Ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté, lauréat de l'Académie de médecine
Lauréat de l'Institut de France

PRÉCÉDÉ D'UNE LETTRE-PRÉFACE DE M. LE PROFESSEUR J.-M. CHARCOT

DEUXIÈME ÉDITION, REVUE ET CONSIDÉRABLEMENT AUGMENTÉE

AVEC 197 FIGURES INTERCALÉES DANS LE TEXTE ET 10 GRAVURES A L'EAU-FORTE

De la grande attaque hystérique et de ses principales variétés. — Attaque épileptoïde; attaque démoniaque; attaque d'extase; attaque de léthargie; attaque de catalepsie; attaque de somnambulisme, etc.

Du grand hypnotisme ou hypnotisme hystérique. — Hyperexcitabilité neuro-musculaire; phénomènes suggestifs; hallucinations; automatisme; état léthargique, état cataleptique, état somnambulique.

L'hystérie dans l'histoire. — Chorée épidémique du moyen âge; possessions démoniaques; convulsionnaires; extatiques.

L'hystérie dans l'art. — Pierre Breughel, André del Sarte, Raphaël, le Dominiquin, Rubens, Jordaens, etc.

PARIS

ADRIEN DELAHAYE ET ÉMILE LECROSNIER, ÉDITEURS

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1885

A

M. LE PROFESSEUR J.-M. CHARCOT

MEMBRE DE L'INSTITUT

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX A LA SALPÊTRIÈRE

Permettez-moi, mon cher maître, d'inscrire votre nom en tête de ces *Études* entreprises sur vos conseils, et poursuivies sous votre bienveillante direction. Si elles ont quelque valeur, c'est à vous qu'en revient tout le mérite.

PAUL RICHER

PRÉFACE

DE LA PREMIÈRE ÉDITION

MON CHER RICHER,

Vous avez mis votre talent d'artiste, ainsi que vos qualités d'observateur consciencieux et sagace, au service d'une bonne cause : vous avez voulu contribuer à établir, une fois de plus, que la névrose hystérique n'est pas, comme beaucoup l'affirment encore, même parmi nous, en France, contrairement aux enseignements de Briquet, « un Protée qui se présente sous mille formes et qu'on ne peut saisir sous aucune » ; une maladie hétéroclite, composée de phénomènes bizarres, incohérents, toujours changeants, inaccessibles, par conséquent, à l'analyse et qui ne pourra jamais se soumettre aux investigations méthodiques.

En raison du but que vous vous proposiez surtout d'atteindre, vous vous êtes attaché volontairement à considérer non pas la maladie totale, mais seulement quelques-uns de ses principaux épisodes. Par le temps de rénovation où nous sommes, je crois la méthode fort recommandable. Il ne me paraît pas douteux, en effet, que ces grands épisodes, minutieusement étudiés, profondément fouillés, conformément aux tendances scientifiques qui vous ont constamment guidé, seront les meil

leurs documents à utiliser, lorsqu'il s'agira, quelque jour, de reconstituer sur des bases nouvelles l'histoire tout entière. Quoi qu'il en soit, dans vos études relatives à l'attaque hystérique, il vous a été permis de montrer que là, pour le moins, rien n'est livré au hasard; que tout se passe, au contraire, suivant de certaines règles bien déterminées, communes à la pratique d'hôpital et à celle de la ville, valables pour tous les pays, chez toutes les races ; règles dont les variations mêmes n'affectent en rien l'universalité, puisque ces variations, quelque nombreuses qu'elles puissent paraître, se rattachent toujours logiquement au type fondamental.

Vous avez regardé l'hystérie de trop près pour méconnaître que l'intervention de la simulation y est chose fréquente. Mais vous avez pensé, avec raison, que cette source d'erreurs, si fort redoutée de quelques-uns, n'est, à tout prendre, qu'un épouvantail qui, au grand détriment des malades, retient trop souvent les timides sur le seuil d'un des plus grands chapitres de la pathologie nerveuse. N'appartient-il pas, en effet, au médecin véritablement instruit dans ces matières de savoir dépister la fourberie partout où elle se produit et dégager des symptômes réels, faisant foncièrement partie de la maladie, les symptômes simulés que l'artifice des malades y surajoute ? C'est ainsi que, prenant pour exemples « l'anesthésie », « l'achromatopsie », « le transfert », « les oscillations consécutives », vous avez très justement fait ressortir que ces phénomènes vulgaires de l'hystérie, aujourd'hui connus jusque dans leur condition physiologique, constituent désormais, soit qu'on les considère individuellement, soit qu'on les envisage dans leurs relations réciproques, comme une trame serrée,

dont les mailles étroites, impénétrables ne sauraient céder la moindre place aux créations de la fantaisie ou du caprice.

A propos de ces mêmes phénomènes, exposant les résultats des nombreuses « observations de contrôle » que nous avons poursuivies ensemble, dans le cours des trois dernières années, vous avez pu réduire à sa juste mesure le rôle de « l'attention expectante » et vous avez rendu manifeste que l'influence de cet agent psychique sur le développement et l'évolution des symptômes hystériques, tout incontestable et puissante qu'elle soit, a été cependant singulièrement exagérée par quelques auteurs, plus préoccupés, évidemment, du côté spéculatif, que de la réalité objective des choses.

Enfin, amené à parler des faits d'hypnotisme nouvellement remis à l'étude, faits qui confinent de si près à l'histoire de l'hystérie, vous avez, ce me semble, bien caractérisé la méthode qui doit présider à ce genre de recherches destinées à porter la lumière dans une foule de questions non seulement de l'ordre pathologique, mais encore physiologiques et psychologiques, autrement presque inaccessibles. « Au lieu de nous lancer », avez-vous dit entre autres, « à la poursuite de l'extraordinaire comme l'ont fait beaucoup d'observateurs qui se sont occupés de la matière, nous avons cru mieux servir la science en cherchant surtout les signes diagnostiques, physiques et facilement appréciables des divers états nerveux produits, en nous renfermant d'abord dans l'étude des faits les plus simples et les plus grossiers, en n'abordant qu'ensuite et avec beaucoup de circonspection, les faits un peu plus complexes, et j'ajouterai même en négligeant complètement, du moins provisoirement, ceux d'une appréciation beaucoup plus dif-

ficile, qui, pour le moment, ne se rattachent par aucun lien saisissable aux faits déjà connus ». Cela est excellent. Vous auriez pu ajouter, en manière de corollaire, que la méthode par vous préconisée a porté ses fruits, car, à l'heure qu'il est, en présence de l'évidence des faits, le scepticisme prétendu scientifique que quelques-uns semblent affecter encore vis-à-vis de ces études ne saurait être considéré que comme un scepticisme purement arbitraire, masquant à peine le parti pris de ne rien entendre et de ne rien voir.

En somme, mon cher Richer, sur tous les points que vous avez touchés, vous avez, si je ne me trompe, fourni à l'appui de la thèse que vous défendez, des preuves qui me paraissent de nature à entraîner la conviction des plus rebelles. Aussi je me sens fort à l'aise pour recommander votre livre à l'attention de tous ceux de nos confrères qui s'intéressent aux progrès de la neuropathologie et je lui souhaite, de grand cœur, le succès qu'à mon avis il mérite d'obtenir.

J.-M. Charcot.

31 décembre 1880.

INTRODUCTION

DE LA DEUXIÈME ÉDITION

Les auteurs ont distingué deux formes principales d'hystéro-épilepsie. Dans la première, *hystéro-épilepsie à crises distinctes*, les accidents convulsifs sont de deux sortes : on observe tantôt des accès d'hystérie, tantôt des accès d'épilepsie avec les caractères qui sont propres à chacun et toujours parfaitement séparés. Dans la seconde, *hystéro-épilepsie à crises combinées*, les convulsions, dans un même accès, revêtent successivement les apparences de l'hystérie et de l'épilepsie ; il semble y avoir mélange des deux névroses.

C'est de cette dernière forme qu'il s'agit spécialement ici, de cette forme que Louyer-Villermay, Tissot, Dubois (d'Amiens), Sandras, Briquet, Charcot, considèrent comme une forme grave de l'hystérie, dans laquelle la convulsion à forme épileptique apparaîtrait, comme elle apparaît dans tant d'autres affections du système nerveux, à titre d'élément accessoire, sans rien changer à la nature de la maladie primitive (Charcot). C'est l'*hystérie épileptiforme* de Louyer-Villermay, de Tissot, — l'*hystérie à attaques mixtes* de Briquet, — l'*hysteria major* ou *grande hystérie*, comme la désigne M. Charcot.

La première partie de cet ouvrage est uniquement consacrée à l'étude de la grande attaque hystérique ou attaque hystéro-épileptique dans son état d'entière régularité et de complet développe-

ment. Les diverses périodes de l'attaque y sont décrites en autant de chapitres suivant l'ordre de succession des symptômes. Un parallèle entre notre description relative à l'hystéro-épilepsie ou *grande hystérie* et celle que donnent les auteurs de l'attaque hystérique vulgaire ou de *petite hystérie* montre les connections intimes qui existent entre ces deux formes de l'hystérie, celle-ci devant être considérée comme une atténuation, l'état rudimentaire de celle-là.

La deuxième partie traite des principales variétés de la grande attaque hystérique, dérivant toutes du type décrit : *a*) variétés résultant de modifications survenues dans les symptômes déjà existants; d'où *attaque épileptoïde*, *attaque de contorsion* ou *démoniaque*, *attaque d'extase*, *attaque de délire* ; — *b*) variétés résultant de l'immixtion de phénomènes habituellement étrangers à l'attaque, d'où *attaque de léthargie*, *attaque de catalepsie*, *attaque de somnambulisme*. — Cette dernière classe de variétés reçoit quelque nouvelle lumière de nos études sur l'hypnotisme longuement rapportées plus loin, et montre jusqu'à l'évidence l'étroite parenté qui existe entre l'hypnotisme et la grande hystérie, — parenté que nous n'avons cessé d'affirmer et que des auteurs récents méconnaissent en cherchant à séparer l'hypnotisme des névroses.

Aux variétés de la grande attaque que nous venons d'indiquer et déjà décrites dans notre première édition, nous avons ajouté l'étude des trois variétés suivantes : *a*) l'*attaque de syncope* ; — *b*) l'*attaque de spasme* qui peut se rattacher à la période prodromique et *c*) l'*attaque de contracture* que l'on peut classer parmi les variétés se rattachant à la quatrième période.

Nous donnons également une planche nouvelle à l'eau-forte destinée à réunir dans une sorte de tableau synoptique toutes les variétés de la grande attaque.

L'étude des variétés de la grande attaque hystérique est suivie d'un court exposé des analogies remarquables qui existent entre

le délire hystérique et les troubles cérébraux occasionnés par l'absorption de l'alcool, de l'absinthe, de l'opium et du haschisch.

Nous avons réuni dans une troisième partie toutes les observations qui n'avaient pas trouvé place dans les pages précédentes. Elles sont surtout relatives à la grande attaque hystérique et à ses principales variétés. Nous avons cherché ainsi à mettre en relief l'identité des phénomènes hystériques observés chez des malades de nationalité différente et à diverses époques.

Nous n'avons pas craint d'ajouter à celles que renfermait déjà notre première édition, un certain nombre d'observations nouvelles soit inédites, soit empruntées à quelques publications récentes; ces dernières venues forment un surcroît de preuves et sont la justification de notre description d'ailleurs presque universellement acceptée aujourd'hui.

La quatrième partie est entièrement consacrée aux études sur l'*hypnotisme hystérique*. Dans la première édition de cet ouvrage, le chapitre de l'hypnotisme n'occupait qu'une place secondaire relativement restreinte. Les recherches nouvelles auxquelles nous nous sommes livré depuis cette époque, de même que les travaux scientifiques qui, dans ces premiers temps, se sont multipliés sur cette question aujourd'hui à l'ordre du jour nous ont conduit à accorder une place plus importante à ces études qui ne tiennent guère moins de trois cents pages de cette nouvelle édition. On trouvera là l'exposé complet de nos travaux antérieurs sur la matière et un certain nombre de faits nouveaux.

Enfin, j'ai rassemblé sous forme d'appendice quelques notes historiques puisées, pour la plupart, dans les anciens auteurs et concernant la chorée épidémique du moyen âge, les possessions, les convulsionnaires et les extatiques. Ces notes sont destinées à montrer le lien commun qui réunit tous ces faits rangés trop facilement dans le domaine du merveilleux. On trouvera au fond de chacun d'eux l'existence d'un même état morbide (la

grande hystérie) susceptible de revêtir, suivant les diverses conditions du milieu où il se développe, les dehors les plus variés et parfois même les plus opposés en apparence. Ce fragment de médecine rétrospective, que nous pouvons intituler : l'*Hystérie dans l'histoire*, démontre également que la grande hystérie n'est point le produit de notre époque et que, si elle a été méconnue autrefois, comme elle peut l'être encore aujourd'hui, les grands traits qui la caractérisent n'ont point varié, au moins dans ce qu'ils ont de fondamental.

Ces notes historiques qui existaient déjà dans notre première édition ont éte complétées ici par l'étude des productions artistiques qui prouvent l'existence ancienne de la grande attaque hystérique et que nous avons groupées sous le titre de : l'*Hystérie dans l'art*. Nous nous proposons, M. Charcot et moi, de reprendre ces études de critique artistique relatives à l'hystérie et de les réunir dans une publication spéciale après leur avoir donné toute l'extension qu'elles comportent.

Notre première édition contenait en outre quelques pages sur les symptômes permanents de la grande hystérie (troubles de la sensibilité et de la motilité) sur le diagnostic, le pronostic et le traitement.

Les matériaux que nous avons réunis sur ces matières sont si nombreux qu'en présence des proportions déjà considérables qu'a prises le livre qui paraît aujourd'hui, nous nous voyons forcé de les réserver pour en faire l'objet d'un second volume.

Le présent ouvrage est donc exclusivement consacré aux accidents paroxystiques de la grande névrose, que la crise soit spontanée comme dans la grande attaque, qu'elle soit provoquée comme dans les faits d'hypnotisme.

Le prochain volume comprendra l'étude des symptômes permanents ou stigmates de la grande hystérie (hystérie locale, hystérie non convulsive) ; une bonne partie de la question est déjà traitée dans un mémoire sur *Les paralysies et les contractures*

hystériques que nous avons présenté à l'Académie de médecine et qui vient de recevoir la récompense attachée au prix Civrieux (1883). Le diagnostic, le pronostic et le traitement un peu sacrifiés dans notre première édition seront l'objet de développements plus étendus. Nous compléterons par l'étude de l'étiologie. Nous nous réservons également de consacrer un chapitre spécial à l'étude d'une question fort intéressante dans l'espèce et dont nous avons incidemment dit déjà quelques mots, je veux parler de l'hystérie chez l'homme.

ÉTUDES

SUR

L'HYSTÉRO-ÉPILEPSIE

PREMIÈRE PARTIE

DE LA GRANDE ATTAQUE HYSTÉRIQUE COMPLÈTE ET RÉGULIÈRE

CHAPITRE PREMIER

PRODROMES

L'attaque d'hystéro-épilepsie, ou grande attaque d'hystérie, ne surprend pas; elle est toujours précédée, quelquefois pendant plusieurs jours, d'un cortège de phénomènes permettant aux malades de prévoir le moment où elles vont tomber en attaque.

Ces signes précurseurs sont nombreux et variés; ils trahissent le trouble de l'économie tout entière et l'on peut dire qu'aucun des grands appareils n'en est exempt.

Pour en donner de suite une idée d'ensemble, je rapporterai le fait de l'une de nos malades qui, après être demeurée pendant sept mois sans aucun accident, au point qu'on pouvait la croire complètement guérie, vit ses attaques reparaître, sans qu'il nous ait été permis de saisir la cause de cette rechute.

Marie B..., hystéro-épileptique, traitée par la métallothérapie, n'a plus d'attaques depuis huit mois. Tous les autres symptômes de l'hystérie, hémianesthésie, amyosthénie, ovarie, etc., ont également disparu. Elle exerçait

depuis quelque temps les fonctions d'infirmière dans l'hospice, lorsque le 28 mai 1878, elle vint nous consulter.

Depuis deux mois ses règles qui avaient repris leur cours régulier n'ont pas paru. A partir de la même époque, elle est plus faible et n'a pas d'appétit. Elle vomit même depuis trois jours et ne peut garder aucune nourriture. Elle est triste, abattue, elle sent que ses attaques vont la reprendre et en conçoit le plus profond chagrin. Son visage altéré exprime la souffrance et l'inquiétude, elle éprouve un malaise général qui empêche tout travail et des idées noires envahissent son esprit. Elle est prise de frayeurs soudaines sans en connaître la cause. Elle ne dort pas, des hallucinations la tourmentent pendant la nuit, elle voit des rats noirs et des chats auxquels elle fait la chasse. Ces animaux se montrent à la tête de son lit et du côté droit.

Aujourd'hui elle se plaint de souffrir des deux côtés du ventre, la douleur est plus intense à droite, et quand on lui demande de préciser le point douloureux, elle montre la région ovarienne. Elle a des étouffements. La sensation douloureuse part du ventre, s'arrête à l'épigastre, puis monte à la gorge et produit la suffocation. Elle a de violentes palpitations cardiaques.

Ses oreilles sifflent, elle entend comme un wagon qui passe. Ses tempes battent, on dirait qu'on assène des coups de marteau sur la région temporale, surtout à droite, et le sommet de la tête est le siège d'une vive douleur.

Ces phénomènes douloureux reviennent par accès.

Ses jambes tremblent et fléchissent ; elle est prise par moments de secousses générales qui la font sauter sur sa chaise.

L'anesthésie est complète et totale [1]. Elle existe des deux côtés du corps, et une grosse épingle peut lui traverser les chairs sans qu'elle s'en aperçoive. La force musculaire est affaiblie, principalement à droite. La pression dynamométrique est de 9 kilog. pour la main droite et de 20 kilog. pour la main gauche.

L'achromatopsie est complète pour les deux yeux. Toutes les couleurs deviennent du « blanc » seul le bleu paraît « blanc fané ». — Elle dit voir par instants les « objets doubles ».

Elle était autrefois *sensible au cuivre*, et le traitement du Dr Burq par la solution de sulfate de cuivre semble avoir amené sa guérison temporaire. Une plaque de cuivre, appliquée à l'avant-bras droit ne modifie en aucune façon l'insensibilité. Cinq à six éléments de la pile Trouvé, appliqués aux deux tempes, ne donnent également aucun résultat.

Le soir à sept heures et demie elle avait ses attaques.

Dans la description qui va suivre, j'étudierai ces troubles variés dans l'ordre suivant :

1° Les troubles psychiques, les hallucinations ;
2° Les troubles des fonctions organiques ;
3° Les troubles de la motilité ;
4° Les troubles de la sensibilité.

1. On avait constaté, huit jours auparavant, l'intégrité de la sensibilité.

PRODROMES



Agitation et contractures partielles

A. Delahaye et E. Lecrosnier

§. 1. — TROUBLES PSYCHIQUES

Les troubles psychiques sont les premiers qui apparaissent. Quelquefois huit jours avant l'attaque, la malade, ainsi qu'elle le dit elle-même, se trouve changée. Elle est incapable de se livrer à un travail assidu, quel qu'il soit. Elle néglige ses occupations habituelles et dédaigne ses distractions. Les souvenirs de son passé et surtout ceux qui l'impressionnent péniblement, reviennent en foule à son esprit; elle ne peut s'en distraire. Les contrariétés du présent l'affectent vivement et les circonstances les plus insignifiantes prennent à ses yeux une importance exagérée. Parfois elle tombe dans une mélancolie profonde qui peut aller jusqu'au désespoir.

Il n'est pas difficile aux personnes qui ont l'habitude de la fréquenter de prévoir l'imminence des attaques. Tout dans son extérieur trahit le trouble de son esprit; sa mise habituellement empreinte d'une certaine recherche est négligée; elle abandonne jusqu'aux soins élémentaires de propreté. On la voit les cheveux épars, la figure défaite, demeurer absorbée dans des réflexions sans fin; ou bien son regard perdu fixe un point dans l'espace et l'expression changeante de sa physionomie trahit la présence d'hallucinations dont nous aurons à parler dans un instant.

Ces accès de tristesse ou de mélancolie alternent avec des moments de folle gaieté, dont la cause est tout aussi insaisissable. Les malades se livrent à toutes sortes d'enfantillages et un rien excite chez elles un rire inextinguible. Souvent Marc... [1], trois ou quatre heures avant ses attaques, commence le long répertoire de ses chansons et ne cesse qu'au moment où la crise convulsive vient brusquement l'interrompre.

Les facultés affectives sont en même temps exaltées ou perverties. Les malades sont inquiètes, jalouses, soupçonneuses et très irritables. Elles ne peuvent plus supporter la moindre observation, et les personnes qui d'habitude ont quelque influence sur elles perdent tout leur ascendant. Elles ont envers leurs compagnes des élans d'amitié insolites, ou des mouvements d'une haine tout instinctive. Elles se renferment dans un mutisme obstiné que rien ne peut rompre, ou elles entrent dans des confidences sans raison et nullement provoquées [2].

Le plus souvent elles ne paraissent chercher la dispute que pour sa-

1. On trouvera dans l'*Iconographie phot. de la Salpêtrière* par Bourneville et Regnard l'histoire détaillée de cette malade, t. I, p. 110.

2. Le *mutisme hystérique* que l'on serait tenté d'attribuer au mauvais vouloir, est tellement sous la dépendance de la névrose, que le même procédé à l'aide duquel on arrête

tisfaire à un besoin d'activité. Elles ne peuvent rester en place; elles ont des inquiétudes dans tous les membres, et il n'est pas rare de les voir tourner contre les objets inanimés le surcroît d'énergie qui les tourmente. Elles renversent et brisent ce qui se trouve sous leur main.

Cette agitation, accompagnée de grands cris, a parfois un aspect effrayant, mais elle n'offre jamais le danger du délire des épileptiques. L'impulsion à laquelle la malade obéit alors n'est pas un instinct de destruction envers autrui ou envers elle-même, c'est une agitation qui ne semble avoir d'autre but que celui de faire du bruit et de dépenser au dehors un excès d'activité[1].

Gen... [2] nous donne souvent le spectacle de semblables scènes. Ses grandes attaques ne surviennent d'ordinaire que tous les mois, au moment de ses règles, et durent plusieurs jours. Elles sont précédées d'une période prodromique marquée par la plupart des signes sur lesquels nous insisterons plus loin. Gen... cesse tout travail[3], elle se plaît à faire des extravagances, et il n'est pas rare de la voir entrer par instants dans une agitation dont il est difficile d'imaginer la violence. Elle réussit à s'échapper des mains des infirmières, s'élance dans la cour, et là se livre à des gesticulations qui ne connaissent ni règle, ni frein.

Parfois elle vient de quitter le lit où les malaises prodromiques l'avaient confinée et la légèreté de son costume ne saurait l'arrêter. Bien mieux, quand elle est vêtue, elle dépouille ou déchire une partie de ses vêtements. Les intempéries des saisons ne sont pas davantage un obstacle pour elle. Je l'ai vue, sous une pluie battante et au milieu de la boue, se livrer aux mêmes transports.

les convulsions, parvient toujours à en triompher. La compression ovarienne, comme nous l'avons expérimenté maintes fois, ne manque pas de délier la langue aux hystériques les plus obstinées qui avaient résisté à tout autre moyen, instances, supplications ou menaces.

1. Au sujet de ces impulsions des hystériques, le docteur J. Moreau s'exprime ainsi :

« C'est sous la pression d'idées de vengeance, de terreur, le plus souvent dans le but de prévenir un danger imaginaire, de repousser l'agression d'un ennemi, etc., que les aliénés, en général, se livrent à des actes dont ceux qui les entourent et les soignent sont trop souvent victimes. Il n'en est pas de même des hystériques et des hystéro-épileptiques. Un irrésistible besoin d'étreindre fortement les objets qui se trouvent à leur portée, de frapper, de mordre même, de déchirer leurs vêtements, ou tout simplement d'injurier, de chercher querelle, de taquiner, d'exciter l'impatience et la colère, s'empare d'elles brusquement, sans cause, et comme on dit vulgairement sans rime ni raison. Elles n'en veulent aucunement aux personnes contre lesquels elles s'emportent, ne sont mues ni par la haine, ni par la vengeance. L'impulsion, l'acte, semblent n'avoir aucune raison d'être et obéir aux mêmes lois que les mouvements désordonnés qui constituent leurs attaques. » (*Traité pratique de la folie névropathique*, par le docteur J. Moreau, Paris, 1869, p. 17.)

2. Voyez son observation dans l'*Iconog. phot. de la Salp.*, t. I, page 49.

3. Quand Gen... n'est pas sous l'influence de ses attaques, elle s'occupe assez assidûment à des travaux de couture. Elle passe pour bonne couturière.

Elle court à demi nue, les cheveux aux vents, la tête renversée, balançant le tronc en avant et en arrière, sautant d'un pied sur l'autre, accélérant ou ralentissant sa marche, et élevant les bras qu'elle agite au-dessus de sa tête (fig. 1).

Elle pousse des cris de bête féroce ou bien déclame des discours insensés. Tantôt elle demande à grands cris pardon à Dieu de ses fautes,



Fig. 1.

prononce des malédictions d'une voix terrible; tantôt elle déplore sa destinée, s'épuise en supplications et appelle le ciel et les hommes à son secours.

Elle saute par-dessus les bancs, se heurte et se roule contre les murailles avec des plaintes et des gémissements.

Elle se laisse choir tout d'un coup et demeure immobile, on la dirait sans vie; puis elle gesticule avec violence, ses bras frappent le sol, ses

genoux s'écorchent aux graviers, elle exécute plusieurs tours sur elle-même.

Survient parfois un petit accès épileptoïde (fig. 2). Elle perd connaissance, ses membres se raidissent dans l'extension, un léger tremble-



FIG. 2. — Accès épileptoïde.

ment anime tout son corps, puis, au bout de quelques secondes, elle reprend sa course désordonnée.

La contracture passagère d'un membre vient souvent imprimer à



FIG. 3. — Contracture du bras gauche.

toute cette scène une physionomie bien spéciale, je dirai même bien hystérique. Au milieu de cette agitation qui, par les dehors, peut ressembler au délire furieux des épileptiques, ou à l'excitation maniaque, la contracture qui vient subitement, pour disparaître de même, immo-

bilisant tantôt un membre, tantôt un autre, est comme le sceau de la grande névrose.

Un bras se trouve tout à coup contracturé, le poing fixé dans le dos (fig. 3), et Gen.., dans cette singulière attitude, continue sa course. Il n'est pas rare de voir les deux membres supérieurs contracturés de la même façon, l'un en avant, l'autre en arrière (fig. 4). D'autres fois c'est une jambe que la contracture envahit, et Gen..., comme poussée par une force irrésistible, ne saurait s'arrêter; elle saute sur un pied.

La contracture est souvent croisée, le membre supérieur gauche et le



Fig. 4. — Hallucination et contracture.

membre inférieur droit se contracturent dans l'extension (pl. I, page 1). Il est alors relativement facile de maîtriser Gen.., et les infirmières parviennent sans trop de peine à la reconduire dans son dortoir.

Quand Gen... ne réussit pas à sortir, c'est dans la salle que s'épuise son agitation, et elle arrive facilement à mettre à bout les forces des infirmières et des surveillantes[1].

1. La camisole de force ne peut la maintenir quand elle se trouve ainsi agitée; elle l'a bientôt déchirée avec ses dents et mise en morceaux. Lorsque cette surexcitation est apaisée, et que Gen... sent l'imminence de ses grandes attaques, elle demande elle-même la camisole, qu'elle conserve parfaitement tant que dure le mal.

Marc... (10 février 1878) a été tourmentée toute la journée par les prodromes ordinaires de ses attaques... Elle est demeurée au lit; elle est abattue, l'insensibilité est complète et générale. Force dynamométrique à gauche 17, à droite 20. Elle souffre dans le côté droit de la tête et dans le côté gauche du ventre. Des douleurs erratiques parcourent la poitrine.

A 6 heures et demie elle saute tout à coup à bas de son lit, et avant qu'on ait eu le temps de s'y opposer, passe par la fenêtre. Elle court en chemise jusqu'à la porte de sortie de l'hôpital, disant à qui voulait l'arrêter : « Mademoiselle B... (c'est la surveillante du service) m'envoie de suite chez un pharmacien chercher un médicament pour me faire du bien. » Elle se laisse ramener sans faire de difficultés, et aux justes observations que lui fait mademoiselle B..., elle répond : « Je n'ai pas fait de mal, pourquoi m'avez-vous envoyée? »

On veut lui mettre la camisole pour empêcher de nouvelles escapades, et elle entre dans une fureur extrême, proférant des plaintes ou des menaces, lançant les chaises par les fenêtres, bousculant les tables de nuit, jetant les bouteilles par terre, et crachant au visage des gens.

A huit heures moins un quart son attaque commençait.

Dans ce dernier exemple nous voyons l'hallucination de l'ouïe jouer un certain rôle et contribuer pour une part au désordre des facultés intellectuelles. — Les hallucinations sont fréquentes chez les hystéro-épileptiques; elles peuvent affecter tous les sens, et plus particulièrement le sens de la vue et le sens de l'ouïe. La place importante qu'elles occupent souvent parmi les prodromes de la grande attaque hystérique nous engage à nous y arrêter un instant.

HALLUCINATIONS

Il est une loi sur laquelle M. Charcot a insisté et qui établit une relation constante entre les sens atteints d'hallucinations et le siège de l'hémianesthésie. Les hallucinations de la vue les plus communes consistent en des visions d'animaux, chats noirs, rats gris ou de couleurs variées, araignées, corbeaux, vipères, etc., ou animaux fabuleux. La vision n'est pas immobile, elle apparaît en marchant dans un certain sens, et dans une direction qui est toujours la même, et que M. Charcot a le premier indiquée [1].

Les chats, les rats, etc., courent en passant devant la malade, de gauche à droite ou de droite à gauche, suivant que l'hémianesthésie siège à gauche ou à droite. Le point de départ de l'hallucination est toujours du côté anesthésié. Mais le plus souvent, le fantôme passe aux côtés de la malade, il vient de derrière elle pour s'évanouir en avant,

1. *Progrès médical*, n° 3, janvier 1878.

et cela toujours du côté insensible. Ces visions sont diversement colorées; la malade voit aussi des scintillements d'étoiles, des boules brillantes et de diverses couleurs.

Gl...[1], quelques jours avant ses attaques, pendant qu'elle travaille à l'atelier, voit, par instants, aux fenêtres, les carreaux se nuancer de teintes variées, au point de ressembler à un vitrail d'église. Elle ajoute, ce qui est bien fait pour mettre le comble à l'illusion, qu'elle voit les reflets colorés à terre ou sur ses voisines.

Elle voit aussi des « rats très noirs et très sales », qui passent à sa droite et d'arrière en avant; une fois, un gros chat saute sur ses genoux.

Wit... voit un lion rouge à sa gauche[2], elle a par instants comme un brouillard devant les yeux.

Marie B... voit des chats noirs, des rats grimper à la tête de son lit, du côté droit[3]. Aussitôt qu'elle s'assoupit, elle voit des hommes au pied de son lit, passant dans un sens on dans l'autre, ou bien se croisant. Ce sont des militaires vêtus de rouge avec des bandes bleues, et des « hommes de bureau. »

Pour Alphonsine Bar...[4], ce sont des hommes qui viennent en avant d'elle, s'arrêtent au pied de son lit, la regardent fixement et lui font peur. Elle ne voit pas d'animaux.

Aug..., qui est aveugle, voit aussi des figures d'hommes, les uns effrayants qui menacent, les autres « gentils », parmi lesquels Alphonse. Toutes ces apparitions viennent de derrière elle en passant de gauche à droite[5].

Geneviève B...[6] voit des corbeaux ou des vipères. Elle aperçoit Camille qui l'appelle. Elle commet des erreurs de personnes et prend pour d'autres les gens qui l'entourent d'habitude et qu'elle ne reconnaît plus.

Ler...[7] aperçoit des quantités de papillons colorés; elle voit le diable dans les arbres.

Je rapporterai ce qui est consigné à la date du 18 mars 1878 dans l'observation de Marc...

Marc... a eu des accès dans la matinée, elle demeure au lit toute l'après-midi, elle est très agitée. Elle souffre de douleurs dans le ventre et de palpitations. Elle a des hallucinations. Elle voit des rats et des chats courir les

1. Voyez. *Icon. phot.*, t. II, p. 123.
2. Anesthésie totale, avec prédominance à gauche.
3. Hémianesthésique à droite.
4. Voyez *Icon. phot.*, t. II, p. 187.
5. Hémianesthésique à gauche.
6. Voyez *Icon. phot.*, p. 50, t. I.
7. Voyez *Icon. phot.*, t. I, p. 14.

uns après les autres, sur le sommet d'un mur qu'on aperçoit par la fenêtre en face de son lit. Près de là se trouve une lucarne qui semble être leur repaire. Ils en sortent tous et y disparaissent au retour de leur course. Quelquefois ces animaux viennent dans la salle. Ils passent alors à gauche de la malade, venant d'arrière en avant, ou bien faisant un circuit autour d'elle dans le même sens, de gauche à droite. Ils montent quelquefois jusque sur ses membres, et lui occasionnent de grandes frayeurs.

Les rats sont gris, verts sous le ventre, avec le train de derrière jaune et la queue marquée de noir et de blanc.

Elle voit des centaines de hannetons dans les arbres, et des points de diverses couleurs qui scintillent comme des étoiles et l'éblouissent.

Elle cause avec ses compagnes assises autour de son lit. Tout d'un coup elle montre le mur à sa droite : « Oh! M. X... qui veut tirer un grand tiroir, et n'en vient pas à bout. Il est entouré de plusieurs personnes. »

Les hallucinations de l'ouïe ne sont pas moins communes que celles de la vue. Elles affectent principalement l'oreille du côté hémianesthésique. Les hallucinations de l'ouïe qui ne se font entendre que d'un seul côté, ont été signalées par les divers auteurs.

Baillarger parle d'une femme atteinte de monomanie religieuse qui percevait par l'oreille droite une musique céleste qui l'exaltait au plus haut degré [1].

« Quelques sujets, dit Calmeil, affirment que les sons qu'ils supposent arriver jusqu'à eux sont perçus tantôt par l'oreille droite, tantôt par l'oreille gauche [2]. »

Baillarger rapporte l'histoire d'une femme saine d'esprit, mais sujette à des accidents hystériques — convulsions avec perte de connaissance, céphalalgie, bourdonnements dans les oreilles, étourdissements — née d'une mère atteinte d'une maladie convulsive. Cette femme entendait des voix, principalement de l'oreille droite. C'était aussi à droite que les bourdonnements étaient plus forts. Il n'est pas parlé d'hémianesthésie [3].

Chez nos malades, les exemples ne sont pas rares.

Pendant qu'elle marche seule, Gl... entend une voix qui l'appelle, elle se retourne : personne. Pendant qu'elle travaille, des voix connues lui parlent à l'oreille. Elle les entend des deux côtés, mais surtout à droite. Tout d'un coup elle éprouve la sensation d'une étreinte : quelqu'un l'embrasse et la soulève. Un fait curieux à signaler, c'est qu'elle ne ressent le baiser que sur la joue droite [4].

1. J. Baillarger, *des Hallucinations*. p. 300, Paris, 1846.
2. Calmeil, art. HALLUCINATION dans le *Dictionnaire de médecine* en 25 vol.
3. Baillarger, *loc. cit.*, p. 302.
4. Gl... est anesthésique à droite.

Les hommes que voient Bar..., Marie B... et Aug... dans leurs hallucinations parlent aussi.

Quelques instants avant d'avoir ses attaques il n'est pas rare de voir Gen... se lever tout d'un coup de son lit et se sauver dans la cour où elle prétend avoir entendu « Camille » l'appeler. Marc... en fait autant, c'est à la voix d' « Ernest » qu'elle répond.

Alph. Bar..., 20 juin 1878. Dans la matinée, elle est effrayée par des voix qui lui commandent « toutes sortes de choses ». Elle a mal à la tête et se sent horriblement fatiguée.

Vers le soir elle a des attaques qui durent environ une heure. La nuit est relativement bonne, quoique tourmentée par des cauchemars et des visions.

21 juin 1878. A huit heures quelques petites attaques. Elle raconte qu'elle est toujours obsédée par des voix qui cherchent à contrarier ses désirs. Les voix se font entendre dans l'estomac et remontent jusque dans l'oreille droite. Elles ne se font jamais entendre à gauche. Quelquefois les voix semblent sortir du nez. Elle sait fort bien qu'elle est le jouet d'hallucinations, mais elle ne peut se défendre d'une grande frayeur, et malgré toute la bonne volonté qu'elle y emploie, elle ne peut parvenir à les chasser.

Presque toutes les malades ont des sifflements d'oreille, toujours plus intenses dans l'oreille du côté anesthésique. Elles entendent le roulement d'un wagon, des sons de cloches, de fanfares. Ler... entend « tous les oiseaux qui chantent dans sa tête. »

Toutes ces hallucinations se produisent le jour et obsèdent les malades, même au milieu de la société de leurs compagnes. Mais pendant la nuit elles acquièrent une plus grande intensité. Ce qui n'était qu'une rapide vision, devient une longue scène dans laquelle la malade joue son rôle.

Gl... voit souvent dans l'angle de la salle où elle couche un grand homme noir, poilu, immobile, couvert d'un suaire. Il est maigre, pâle et roule de gros yeux noirs. Elle est saisie d'effroi, tout en ayant conscience de l'illusion dont ses sens sont l'objet. Alors elle s'arme de courage, se lève, va au-devant du fantôme. Elle tend la main, mais il a déjà disparu. A peine est-elle de retour à son lit, que l'effrayante vision reparaît à la même place.

D'autres fois ce sont des scènes des romans qu'elle a lus, dont elle devient l'héroïne. Elle voit des jardins dans l'ombre du soir, un balcon sous un rayon de lune, etc.

Ang... reçoit, les nuits qui précèdent ses attaques, la visite de son père qui est mort. Le fantôme a l'air profondément triste, mais il ne

prononce que des paroles de consolation. Elle revoit aussi « Alphonse » ; elle l'entend, le touche, et perçoit le contact de ses baisers.

Marc... était tourmentée la nuit du 18 février par des visions dans lesquelles Th. L..., une de ses anciennes compagnes, morte depuis un an, venait pour la chercher, et lui posait ses mains glacées sur le visage. Elle voyait aussi le cortège de l'enterrement du pape, une longue suite de cardinaux rouges, etc.

Souvent, au milieu de la nuit, on la voit se lever effrayée et courir autour de son lit. Elle poursuit les rats qui l'assiègent.

« Ernest », en ces circonstances, vient quelquefois la trouver.

La nuit qui précéda le 1er février, jour où elle eut ses grandes attaques, elle affirme avoir reçu à plusieurs reprises la visite d'Ernest. Si je demeure incrédule en traitant tout cela d'imaginations, elle insiste, elle se fâche en répétant qu'elle n'est pas folle et qu'elle sait fort bien se rendre compte de ce qu'elle voit. « La preuve, dit-elle, c'est que chaque fois qu'il venait, je me trouvais couverte d'une sueur froide. Il m'a trouvée plus malade que les autres fois. » Mais par où a-t-il pu passer pour venir jusqu'ici? — Cette porte là n'est jamais fermée... Et puis je ne sais pas comment il s'y est pris ; tout ce que je sais, c'est qu'il est venu.

Les hallucinations nocturnes ont souvent un caractère érotique qui indique que le sens génital y prend une large part [1].

Baillarger cite l'histoire d'une dame renfermée depuis plus de dix ans dans un hospice, et qui se plaint souvent qu'un jeune médecin abuse d'elle pendant la nuit ; mais, en outre, vingt fois par jour elle croit avoir à se défendre contre des manœuvres indiscrètes qu'on exerce sur elle à distance, et par des moyens cachés.

La plupart de nos malades et Gen... en particulier nous offrent des exemples bien curieux de ce genre d'hallucinations nocturnes.

Elle reçoit souvent la nuit la visite d'un certain « Camille » dont l'his-

1. Les exemples d'hallucinations des organes génitaux ne sont pas rares dans les auteurs. Elles acquièrent parfois une violence extrême, et on lira avec intérêt l'observation rapportée à ce sujet par Baillarger (*des Hallucinations*, p. 344). Ces sortes d'hallucinations ne sont pas constantes chez les hystériques ; et nous pouvons citer l'exemple de Ler..., une de nos hystéro-épileptiques, remarquable par l'ancienneté de sa maladie, par la violence de ses attaques et chez laquelle les hallucinations sont d'un autre ordre. Mais l'on peut dire néanmoins que les hallucinations du sens génital sont fréquentes chez les hystéro-épileptiques.

Baillarger fait suivre son observation des remarques suivantes : « Si on se reporte à une autre époque, si on suppose d'autres idées et d'autres croyances, on concevra facilement cette variété de la démonomanie dont les hallucinations génitales formaient le symptôme principal, et qui portait tant de malheureuses aliénées à confesser qu'elles avaient eu pendant plusieurs années commerce avec le diable, etc. »

toire est assez curieuse[1]. Et s'il arrive que certaines malades, le jour une fois levé, se rendent compte de l'illusion dont elles ont été le jouet, il en est d'autres, et Gen... est de ce nombre, qui conservent une foi entière et profonde en la réalité de leur hallucination. On lira avec intérêt dans le deuxième volume de l'*Iconographie de la Salp.* par MM. Bourneville et Regnard, le récit de ces amours imaginaires qu'il serait trop long de consigner ici.

Contrairement à Marc..., Ang... et Gen..., qui, dans leurs hallucinations érotiques, revoient le plus souvent le même personnage, Alphonsine B... reçoit la visite nocturne de fantômes qui suivent le cours des impressions de chaque jour. Il suffit qu'une figure l'ait désagréablement affectée, pour que, la nuit, le personnage vienne l'accabler de ses instances et, malgré sa résistance, l'oblige à subir ses baisers. Bien rarement la vision est d'accord avec ses sympathies. Ces hallucinations existent parfois, comme chez les autres malades, en dehors du temps des attaques; mais elles se produisent toujours avec plus d'insistance lorsque l'attaque est proche.

Dès le début de sa maladie qui remonte à trois ans, Bar... a eu fréquemment des hallucinations nocturnes de ce genre. Pendant qu'elle était à Sainte-Anne, où elle est restée pendant les deux premières années de sa maladie, elle n'a jamais voulu s'en ouvrir au médecin qui la soignait. « Le médecin, dit-elle, m'a souvent trouvée défaite et fatiguée le matin à l'heure de la visite sans qu'il en soupconnât la véritable cause. »

Après les nuits pendant lesquelles surviennent ces hallucinations, toutes les malades qui en sont l'objet accusent une fatigue extrême. Elles se sentent à bout de force et comme anéanties. En effet, plus d'une fois nous avons pu voir l'abattement de leurs traits, la pâleur de leur visage et leurs yeux cernés de noir. Leur réponse est prévue et presque inévitable lorsque le matin on les trouve dans cet état. Et ce n'est pas là leur moindre argument en faveur de la véracité des événements dont la nuit a été le théâtre.

L'hallucination que nous venons de voir occuper une si grande place

1. Son imagination malade a forgé tout un roman. Elle aurait été fiancée dans sa jeunesse à un certain Camille, qu'une fièvre typhoïde enleva, avant l'accomplissement de ses vœux. Malgré les nombreuses aventures qui depuis ont marqué son existence, Camille est demeuré l'idéal qu'elle a toujours appelé dans ses attaques. Mais voilà qu'un jour en arrivant à la Salpêtrière, elle croit reconnaître dans M. X..., Camille qui n'aurait simulé la mort que pour échapper à ses engagements. Bientôt ce qui n'était qu'un pressentiment devient une certitude, car M. X..., vient la visiter une nuit et lui avoue tout. Sa conviction depuis est tellement profonde qu'aucun raisonnement ne saurait l'en dissuader; elle a réponse à toutes les objections; depuis ce temps M. X... vient très fréquemment, dans ses visites nocturnes, la dédommager de son abandon. (Voyez : *Icon. phot.*, t. II, p. 202.)

dans les phénomènes qui précèdent de plusieurs jours l'attaque hystéro-épileptique, fait quelquefois partie de l'aura et marque le début de l'accès.

26 février 1878. — Marc.., debout, appuyée contre son lit, silencieuse, les traits altérés, l'œil dirigé du côté de la fenêtre, fixe au dehors un point éloigné. On soupçonne que son attaque n'est pas loin. L'infirmière s'empresse de la déshabiller. Elle se laisse faire sans résistance, mais inconsciemment, sans changer la direction de son regard. Elle semble écouter, faisant de temps à autre des signes d'intelligence. Puis elle cherche à fuir sans mot dire, comme pour aller rejoindre celui qui l'appelle. Complètement absorbée par son hallu-



Fig. 5. — Contracture des deux bras.

cination elle se laisse mettre au lit. Toujours son regard est fixé sur le même point. Ses bras et ses jambes commencent à se contracturer.

Une fois au lit, la figure impassible, elle ouvre les yeux démesurément, et immobile, ne cesse de fixer le point imaginaire. Les jambes sont contracturées dans l'extension et les bras diversement fléchis (fig. 5). Au bout de peu d'instants, l'attaque commence subitement.

Chez Alphonsine B.., l'hallucination inaugure toujours l'attaque et se joint aux phénomènes ordinaires de l'aura. Le 16 juin l'hallucination est triste et la vision terrible. La malade veut se détacher pour fuir et crie d'une voix forte : « Oh ! terreur ! terreur !! Il vient pour me faire du mal, celui-là ! » Puis la respiration pressée s'arrête subitement et l'attaque commence. Le 24 juin, les attaques ont changé de caractère et l'hallucination est gaie. Elle entre dans une sorte d'extase, rit, échange même quelques mots avec la vision, qui s'arrête au pied de son lit. Cependant les autres phénomènes de l'aura s'accusent, douleur de ventre, constriction épigastrique, palpitations, oppression. Alors le fantôme s'approche, mais il l'étreint trop violemment, elle étouffe, c'est la période épileptoïde qui survient.

§ 2. — TROUBLES DES FONCTIONS ORGANIQUES

1° TROUBLES DES FONCTIONS DIGESTIVES

Daus l'ordre chronologique les troubles digestifs sont des premiers à apparaître parmi les prodromes de l'attaque. Avec les troubles cérébraux dont nous venons de parler, ils précèdent habituellement de quelques jours l'apparition des phénomènes douloureux.

Ils paraissent constants. La malade a de l'inappétence, ou bien le goût se pervertit. Souvent des vomissemeuts rejettent presque immédiatement les aliments ingérés. En dehors des repas il se produit parfois des nausées, dues à la contraction spasmodique du diaphragme, de l'estomac et de l'œsophage ; d'où peut résulter un état nauséeux qui se prolonge et devient très pénible.

Le spasme de la gorge, c'est-à-dire, la *suffocation hystérique*, peut siéger, soit dans le pharynx et dans l'œsophage, soit dans le larynx et dans la partie supérieure de la trachée (Briquet).

« Si l'on fait attention, dit Briquet, à ce qui se passe chez les femmes qui éprouvent une émotion morale, on saisit facilement la raison de la fréquence si grande de cette névrose (suffocation hystérique). En effet, sur quatre cents hystériques, je n'en ai trouvé que trente qui n'en avaient jamais été atteintes ; toutes en effet éprouvent lors des émotions un sentiment de compression à la région épigastrique, et d'étranglement à la gorge. Ces sensations constituent le mode de manifestation le plus ordinaire des passions affectives. Rien d'étonnant que l'un des symptômes les plus communs de l'hystérie soit précisément le trouble que produisent ordinairement les émotions[1]. »

Ce spasme de la gorge, si commun chez les hystériques, et qui peut se rencontrer pendant l'attaque, comme dans l'intervalle des attaques d'hystérie (Briquet), s'observe aussi parmi les prodromes de la grande attaque hystéro-épileptique, et fait ordinairement partie des phénomènes douloureux de l'aura dont nous parlerons plus loin.

Je ne ferai que signaler ici les borborygmes, et la tympanite souvent si considérable. Gen..., avant ses attaques, sent son ventre qui gonfle. Gl..., par instants, est obligée de dégrafer sa robe sitôt qu'elle a mangé. Cette augmentation de volume de l'abdomen, due à une accumulation de gaz dans le gros intestin surtout, survient brusquement et cesse de

1. Briquet, *Traité de l'hystérie.*

même. Nous retrouverons la tympanite et les borborygmes parmi les signes de l'attaque elle-même.

2° TROUBLES DES SÉCRÉTIONS

Le ptyalisme, à un degré varié, se retrouve dans le début même de l'attaque, et entre pour quelque chose dans la production de l'écume qui vient aux lèvres dans la période épileptoïde.

B... raconte qu'au moment de l'invasion de l'accès, en même temps qu'elle suffoque, elle sent un flot de liquide qui semble monter de l'estomac et lui emplit la bouche. Il est à remarquer que B..., même dans les accès les plus légers, a toujours la mousse aux lèvres.

« Une de mes clientes, dit Mathieu, est avertie de l'approche d'une attaque par l'abondance de la salive[1]. »

Marthe Lesp... sent un mauvais goût dans la bouche pendant les quelques minutes qui précèdent ses attaques : « J'ai la bouche empoisonnée, » dit-elle.

Les urines sont plus abondantes, claires et incolores (urine nerveuse).

3° TROUBLES DE LA RESPIRATION

Les troubles de la respiration ne consistent le plus souvent qu'en une oppression constante, plus ou moins accusée. Les malades sentent le besoin de prendre l'air.

Cependant le spasme du larynx fait partie des phénomènes convulsifs qui se montrent souvent par accès les jours qui précèdent l'attaque. Le hoquet, le rire rentrent dans la même catégorie.

Au dire de Piorry, certaines femmes sont averties de leurs attaques prochaines par une petite toux laryngienne évidemment spasmodique[2].

La perte de la voix, les cris variés d'animaux, l'engastrimythisme qui s'observent le plus souvent à l'état épidémique, se rencontrent plus fréquemment en dehors des attaques et alternent avec elles.

C'est ici le lieu de citer les bâillements des hystériques.

1. E. Mathieu, *Études cliniques sur les maladies des femmes.* Paris, 1847, p. 494.
2. Cité par Mathieu, *loc. cit.*, p. 493.

4° TROUBLES DE LA CIRCULATION

Les palpitations cardiaques tiennent une grande place dans les prodromes de l'attaque hystéro-épileptique.

Toutes les malades s'en plaignent. Elles se montrent d'abord isolées, revenant par accès sous le plus léger motif ou sans cause appréciable. Puis elles accompagnent constamment les phénomènes douloureux de l'aura hystérique. Ces palpitations sont tellement intenses, que les malades les perçoivent dans toute la poitrine, jusque dans le cou et dans les tempes.

Les troubles vaso-moteurs ne sont pas rares : Gen..., avant ses attaques, a souvent ce qu'elle appelle ses rougeurs[1].

Rosenthal rappelle un fait intéressant à plus d'un titre et dans lequel l'attaque avait pour signe précurseur une sensation de froid et une décoloration des mains et du bout des doigts :

Une jeune fille de vingt-trois ans, que j'avais soignée antérieurement pour des attaques d'hystérie et de catalepsie, fut prise d'une récidive à la suite d'un coup violent sur la mamelle gauche ; elle avait un hoquet opiniâtre avec paroxysmes, qui à certains jours alternait avec des attaques épileptiformes. Celles-ci avaient pour signes précurseurs une sensation subjective de froid et une décoloration des mains et du bout des doigts. Les deux mains devenaient très pâles, le bout des doigts et les ongles d'un bleu foncé ; la malade ressentait dans les mains un froid désagréable, leur température qui était de 33°,4 C. à l'état normal, descendait à 30°,6 C ; le pouls baissait de 72 à 65 ou 66. Après la fin de l'attaque hystéro-épileptique, la température remontait à 35°,6 ou 35,°8, la chaleur reparaissait, les doigts et les ongles devenaient très rouges, étaient le siège d'une transpiration abondante, et le pouls se relevait à 84-88 [2].

Cette malade, dans l'intervalle des crises, présentait une hypéresthésie de la peau, sur différents points du tronc. — Cette exaltation de la sensibilité se manifestait surtout pendant les heures qui précédaient l'attaque, mais, au moment où la paleur et la cyanose des mains com-

1. 5 février 1878. — Deux heures après midi, Gen... est au lit, contracturée des membres, elle sent que ses attaques vont la prendre. Depuis une heure elle a le front, les deux joues et les oreilles très rouges, contrastant avec le bas de la figure qui est très pâle. Les parties rouges sont chaudes au toucher. Les bras sont plus raides que ce matin, surtout le gauche. Elle dit que ses rougeurs vont bientôt cesser parce que son ventre gonfle.

Quelques instants après elle avait ses attaques.

2. Rosenthal, *Traité clinique des maladies du système nerveux*, p. 471. (Traduction du docteur Lubanski.)

mençait, elle diminuait, et, aux mains, elle faisait place à de l'anesthésie avec sensation d'engourdissement dans les doigts.

Une observation récemment publiée par le Dr Gaube, mérite d'être rapprochée de celle de Rosenthal. Les attaques étaient précédées de troubles vaso-moteurs occupant les membres supérieurs. Les doigts devenaient peu à peu froids et exsangues et les piqûres n'y étaient pas senties. En dehors des crises la malade n'était pas anesthésique [1].

§ 3. — TROUBLES DE LA MOTILITÉ

L'*amyosthénie* existe comme symptôme permanent de l'hystéro-épilepsie, et accompagne toujours l'anesthésie, dont elle semble partager le sort, apparaissant ou disparaissant avec elle. Mais à l'approche des attaques, la faiblesse musculaire augmente; souvent la malade ne peut se servir du bras anesthésié. Elle ne peut se peigner le matin et laisse facilement échapper les objets. Ler... dit qu'elle a son bras droit aussi lourd à lever qu'un poids de 110 livres : « On dirait que j'ai du plomb dans le bras. » Au dynamomètre elle marque six divisions avec la main droite, tandis qu'avec la main gauche elle atteint jusqu'à vingt et une.

La démarche est mal assurée, les malades ne sont pas « solides sur leurs jambes ». Celle du côté anesthésique surtout fléchit sous leur poids. Ler... « tremble comme si elle avait commis un crime » et parfois elle s'affaisse subitement, ses jambes lui refusant tout service.

Il se produit souvent des crampes douloureuses, des secousses, ou un *tremblement* analogue à la trépidation. Le membre est dans cet état particulier qui permet l'exagération du mouvement réflexe, par la percussion du tendon rotulien.

Les *secousses* qui agitent par instants nos malades sont semblables à celles qui se rencontrent dans l'épilepsie vraie. La secousse consiste en une tétanisation brusque d'un groupe musculaire, de peu de durée et cessant aussi subitement qu'elle s'est produite : d'où résulte un mouvement rapide dans les leviers sur lesquels les muscles atteints prennent leur point d'attache. Ce mouvement est absolument comparable à celui que produit la décharge électrique.

La secousse peut être partielle, affecter un seul côté du corps — et alors c'est de préférence le côté anesthésié, — un seul membre, la face, le ventre, etc., ou bien elle est générale et le corps tout entier participe au mouvement. Quand elle marche, la malade peut être renversée

1. Raoul Gaube, *Recherches sur les zones hystérogènes* (obs. III, page 42.)

à terre; quand elle se trouve assise, elle est brusquement soulevée de son siège, pour y retomber lourdement. C'est de préférence la nuit, au moment où le sommeil arrive, que surviennent les secousses; mais cependant elles peuvent se montrer dans le jour. La malade est réveillée en sursaut; il lui semble qu'elle tombe à bas de son lit, ce qui arrive effectivement quelquefois.

Gl... (1er novembre 1878) va avoir ses attaques. Elle est au lit, et est prise de secousses généralisées qui reviennent toutes les minutes environ. Tout d'un coup la tête se renverse, la bouche s'ouvre, les yeux se ferment, les traits se contractent agités de quelques convulsions cloniques. Il se produit à ce moment un bruit laryngien qui imite le chant du coq. Le ventre est soulevé à plusieurs reprises par une agitation spasmodique du diaphragme. Les bras s'étendent et se rapprochent du tronc, l'avant-bras en pronation forcée, les doigts et le poignet fléchis. Elle ne perd pas complètement connaissance, éprouve des tressaillements dans les yeux et le long du bord interne des bras. Le tout dure 4 à 5 secondes.

Ces secousses ou commotions épileptoïdes s'observent en dehors des attaques, et nous aurons occasion plus loin de démontrer qu'elles peuvent être considérées comme des ébauches de la période épileptoïde.

Dans les prodromes de l'attaque, les secousses sont comme le prélude de la convulsion épileptiforme, et dans les quelques secondes qui précèdent l'accès, elles vont quelquefois en se précipitant et en se rapprochant de plus en plus, jusqu'au moment où le tétanisme épileptoïde qui inaugure l'attaque semble résulter de leur fusion.

L'observation suivante nous montre ces divers troubles du mouvement réunis chez une même malade.

Ang... a des attaques environ tous les mois, au moment de ses règles.

Elle est prévenue parfois huit jours à l'avance, d'abord par une irritabilité extrême, des besoins de remuer, des envies de mal faire, des idées de suicide et par des hallucinations.

Quatre jours avant l'attaque commencent des douleurs de ventre très vives, dans la région de l'ovaire gauche, puis les signes ordinaires de l'aura hystérique, qui reviennent à intervalles de plus en plus rapprochés.

Deux ou trois jours avant l'attaque elle ne mange plus, quelquefois elle vomit. Elle éprouve dans tous les membres des inquiétudes, des engourdissements, des douleurs, surtout du côté droit du corps. Il lui semble qu'on lui donne des coups sur les jambes. Elle a des secousses dans les deux jambes et le bras gauche. Sa main gauche est prise d'un petit tremblement dont parfois elle n'a pas conscience, mais que lui signalent ses voisines. Ses doigts se crispent par instants. La nuit elle tient sa main gauche avec sa main droite pour s'endormir.

La *contracture* est très souvent un phénomène précurseur des accès. Nous l'avons observée bien des fois. Elle est le plus ordinairement partielle et débute brusquement. Elle passe d'un membre dans l'autre, cesse pour revenir, et se généralise peu à peu au point d'envahir parfois les quatre membres quelques instants avant l'attaque.

L'attitude des membres contracturés est des plus variables ; toutefois, chez une même malade, elle se produit presque toujours d'une façon identique. Chez Gen..., la contracture commence habituellement par le bras gauche, envahit ensuite la jambe droite, puis les autres membres. Le bras gauche et les deux jambes sont contracturés dans l'extension,



Fig. 6. — Contractures.

le bras droit dans une demi-flexion, la main reposant sur l'abdomen, comme il est représenté figure 6.

Marc... a le bras droit fléchi, le poignet fléchi, la main au niveau de l'épaule et les doigts étendus (fig. 5).

Comme je l'ai déjà dit, la contracture survient soudainement ; en voici un exemple entre mille.

Gen... est depuis quelques jours sous le coup de ses grandes attaques. Son imagination bat la compagne. Elle s'est affublée d'un long voile noir et s'intitule la « fiancée de la mort ».

Nous essayons de provoquer quelques-unes de ces divagations dont elle est d'ordinaire peu avare, mais elle se renferme dans un mutisme obstiné. — Elle est libre de tous ses membres et va se placer dans l'embrasure d'une fenêtre pour échapper à nos questions. Au bout de peu d'instants, elle y est immobilisée par la contracture qui envahit tous ses membres (fig. 7). Elle conserve toute sa connaissance, mais ne peut plus bouger. Quelques petites secousses qui se passent dans les épaules et à la face indiquent l'imminence des accès. On se hâte de la transporter à son lit, où l'attaque convulsive ne tarde pas à éclater.

J'ai déjà insisté sur les contractures partielles ou générales, qui peuvent survenir pendant les grandes gesticulations qui précèdent les attaques et dont il a été question précédemment.

Lesp..., au moment d'être malade, se sent envahir par une contracture générale qui immobilise tout le corps, dans la situation qu'il occupe, quand elle survient. La langue est contracturée, la pointe se fixe derrière les incisives inférieures, ou dans le coin gauche de la



FIG. 7. — Contractures.

bouche. La malade entend encore tout ce qui se passe autour d'elle, mais elle ne peut parler ni faire aucun mouvement.

Marthe Lesp... n'est prévenue qu'un quart d'heure environ avant l'accès. Elle éprouve alors des envies de rire ou le plus souvent des envies de pleurer. Le rire termine habituellement ses attaques. Elle se sent envahie par des idées tristes, et le souvenir des événements passés revient avec tant de vivacité à sa mémoire qu'elle se figure voir les personnes et les lieux qui en ont été le théâtre. Elle n'est cependant pas complètement distraite du monde extérieur, car elle entend encore ce qui se passe autour d'elle, mais elle ne peut plus remuer, elle se trouve immobilisée et comme maintenue dans la situation

qu'elle occupait par une force supérieure à sa volonté. Si à ce moment, que l'expression hébétée de son facies, son regard vague et son attitude immobile permettent facilement de reconnaître (fig. 8), on essaye de déplacer ses membres, on éprouve une résistance presque invincible due à la contracture généralisée qui les a envahis. En même temps elle sent que sa langue se fixe, la pointe derrière les incisives inférieures ou dans le coin gauche de la bouche. Survient alors une sorte d'engourdissement général, et une douleur poignante au côté droit, précédée quelquefois, mais non toujours, d'une douleur au bas-ventre qu'elle ne localise pas très bien. Oppression extrême, la respiration se



FIG. 8.

précipite, étouffement ; la sensation monte à la gorge, strangulation. Battements très intenses dans la région stomacale, puis la vue se voile, bouffées de chaleur à la figure, sifflements d'oreilles surtout à droite, battements dans la tête, surtout dans la tempe droite. L'obnubilation de l'intelligence devient complète et l'attaque éclate.

Gl..., peu d'instants avant l'attaque, sent la pointe de sa langue qui se retourne en haut et se colle au palais. Ses mâchoires se serrent l'une contre l'autre, elle ne peut plus parler.

Parmi les troubles de la motilité qui précèdent les grandes attaques, il convient peut-être de ranger à côté des contractures et des secousses

les petits accès epileptoïdes, qui sont comme un lambeau détaché de la grande attaque, et plusieurs jours à l'avance se mêlent parfois aux autres signes prodromiques.

3 juillet 1878. — Gen... est sous le coup des grandes attaques. Elle a été assez calme dans la matinée, elle a travaillé.

A une heure et demie, pendant qu'elle est assise à son travail, elle est prise subitement d'un *accès épileptiforme* qui présente les caractères habituels : perte de connaissance, convulsions toniques généralisées, puis mouvements cloniques, enfin stertor peu accusé. Mais aussitôt survient le délire avec les hallucinations. Elle court de côté et d'autre, veut fuir les obsessions de Camille qui la trahit. Elle le voit qui fait des grimaces. Elle se plaint d'être la plus malheureuse des femmes, et commence la longue suite de ses lamentations et de ses récriminations. Elle aimerait mieux être torturée et coupée en morceaux.

Elle ne reconnaît plus personne, et donne aux gens qui l'entourent des noms empruntés. Elle veut sortir, elle éprouve un besoin de mouvement extraordinaire et désire aller dans les cours se livrer à ses extravagances habituelles. On se refuse à la laisser sortir. Survient de nouveau un petit accès *épileptoïde*, et le même délire violent continue. Elle voit des corbeaux, des vipères.

Enfin elle réussit à s'échapper et, maintenue par deux infirmières, on la laisse se rouler sur l'herbe et se livrer aux gesticulations les plus effrénées, nterrompues de temps à autre par un petit *accès épileptoïde*.

Le 4 juillet, Gen... demeure contracturée toute la journée. Les quatre membres sont pris. Elle est confinée au lit. De temps à autre surviennent de petits *accès épileptoïdes*.

Le 5 au matin éclatent les grandes attaques.

§ 4. — TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ

L'*anesthésie* totale, ou le plus souvent d'une moitié du corps (hémianesthésie), est un symptôme de l'hystéro-épilepsie qui existe en dehors des attaques. Elle peut n'être pas complète, la piqûre est sentie, mais elle n'est pas douloureuse; c'est l'analgésie. Pendant les jours qui précèdent l'attaque, l'anesthésie survient si elle n'existe pas et remplace l'analgésie. Dans tous les cas elle acquiert une fixité, rendant inutiles tous les moyens qui la font disparaître, momentanément toutefois, dans l'intervalle des attaques[1].

1. C'est ce que nous avons pu facilement observer chez M. B... dont nous avons parlé dès le début de ce travail. Après une guérison temporaire de huit mois, l'anesthésie revient précédant de huit jours une rechute. La veille de ses attaques on essaye de répéter, mais sans succès, une expérience qui autrefois ne manquait jamais de réussir chez elle. L'application d'une plaque de cuivre sur une partie du corps anesthésiée, ramenait infailliblement en quelques minutes la sensibilité au point de contact. Dans la tentative faite peu de temps avant l'apparition des attaques, l'anesthésie ne s'est trouvée modifiée en aucune façon.

L'*hypéresthésie* cutanée, limitée à certains territoires nerveux, n'est pas rare chez les hystériques et peut se rencontrer parmi les prodromes de l'attaque.

L'observation de Rosenthal rapportée plus haut en est un exemple; mais il est à remarquer que les jours où l'hypéresthésie précédait les attaques, elle était remplacée par de l'anesthésie quand celles-ci devenaient imminentes.

La *sensibilité spéciale* est également affectée, et du même côté que la sensibilité générale, dont elle partage le sort. Les deux sensibilités sont également modifiées par les mêmes agents, ce qui ne veut pas dire que l'une ne saurait exister sans l'autre. L'anesthésie cutanée peut exister sans que les sens soient atteints, bien que le fait soit rare, il est vrai. Et l'on conçoit parfaitement que l'anesthésie à un degré quelconque puisse intéresser l'un des sens, sans que la peau perde sa sensibilité. Cette considération ferait rentrer dans le cadre de l'hystérie ovarienne des cas qui s'en séparent jusqu'à présent, parce que l'altération des sens qui demande à être recherchée avec soin, a passé jusqu'ici inaperçue[1].

Ayant déjà traité longuement des hallucinations, je n'en parlerai pas ici.

La vision des couleurs se perd complètement, la dyschromatopsie devient de l'achromatopsie. L'amblyopie même peut être très accusée.

Ler... dit qu'elle devient sourde de l'oreille droite.

AURA HYSTERICA

J'arrive maintenant aux *phénomènes douloureux* qui constituent à proprement parler l'*aura hysterica*.

Les signes prodromiques dont il a été question jusqu'ici peuvent se montrer à un moment plus ou moins éloigné du début de l'attaque; ceux dont il s'agit maintenant précèdent immédiatement l'éclosion des convulsions dont ils sont pour ainsi dire le prélude obligé.

Les hystériques dont il s'agit portent en tout temps, au ventre, une douleur fixe, plus ou moins intense, et que M. Charcot, d'accord avec Schützenberger contre Briquet, rapporte à l'ovaire. C'est l'hypéresthésie ovarienne ou ovarie.

Tous les caractères en ont été parfaitement tracés, il y a longtemps déjà, par M. Charcot, dans ses *Leçons sur les maladies du système nerveux*. Nous lui laissons la parole :

1. On trouvera plus loin, au chapitre des symptômes permanents, de plus longs détails sur les troubles de la sensibilité.

« 1° Tantôt, c'est une douleur vive, très vive même : les malades ne peuvent supporter le moindre attouchement, le poids des couvertures, etc.; elles s'éloignent brusquement, par un mouvement instinctif, du doigt investigateur. Joignez à cela un certain degré de gonflement de l'abdomen, et vous aurez l'ensemble clinique de la *fausse péritonite* — *spurious peritonitis* des médecins anglais. Il est évident qu'ici les muscles et la peau elle-même sont de la partie...

» 2° D'autres fois, la douleur n'est pas spontanément accusée; il faut la rechercher par la pression, et, en pareille circonstance, on note les phénomènes suivants : — *a.* la *peau* est partout anesthésiée; — *b.* les *muscles*, s'ils sont lâches, peuvent être pincés et soulevés sans douleur; — *c.* cette première exploration montre que le siège de la douleur n'est pas dans la peau ni dans les muscles. Il est par conséquent indispensable de pousser l'investigation plus loin, et, en pénétrant en quelque sorte dans l'abdomen, à l'aide des doigts, on arrive sur le véritable foyer de la douleur.

» Cette manœuvre permet de s'assurer que le siége de la douleur en question est à peu près fixe, qu'il est toujours à peu près le même : aussi n'est-il pas rare de voir les malades le désigner avec une concordance parfaite. Sur une ligne horizontale passant par les épines iliaques antérieures et supérieures, faites tomber les lignes perpendiculaires qui limitent latéralement l'épigastre, et à l'intersection des lignes verticales avec l'horizontale, se trouve le foyer douloureux qu'accusent les malades et que la pression exercée à l'aide du doigt met en évidence.

» L'exploration profonde de cette région fait reconnaître aisément la portion du détroit supérieur qui décrit une courbe à concavité interne : c'est là un point de repère. Vers la partie moyenne de cette crête rigide, la main rencontre le plus souvent un corps ovoïde, allongé transversalement et qui, pressé contre la paroi osseuse, glisse sous les doigts. Lorsque ce corps est tuméfié, ainsi que cela se présente fréquemment, il peut offrir le volume apparent d'une olive, d'un petit œuf. Mais, avec un peu d'habitude, sa présence peut être facilement constatée, alors même qu'il reste bien au-dessous de ces dimensions.

» C'est à ce moment de l'exploration que l'on provoque surtout la douleur, et qu'elle se révèle avec des caractères *pour ainsi dire spécifiques*. Il ne s'agit pas là d'une douleur banale, car c'est une sensation complexe qui s'accompagne de tout ou partie des phénomènes de l'*aura hysterica*, tels qu'ils se produisent d'eux-mêmes à l'approche des crises, et cette sensation provoquée, les malades la reconnaissent pour l'avoir ressentie cent fois.

» En somme, messieurs, nous venons de circonscrire le foyer initial de l'aura, et du même coup, nous avons provoqué des irradiations douloureuses vers l'épigastre (*premier nœud* de l'aura, dans le langage de M. Piorry), compliquées parfois de nausées et de vomissements; puis, si la pression est continuée, surviennent bientôt des palpitations de cœur avec fréquence extrême du pouls, et enfin se développe au cou la sensation du globe hystérique (*deuxième nœud*).

» En ce point s'arrête dans les auteurs la description des irradiations ascendantes qui constituent l'aura hystérique. Mais, d'après ce que j'ai observé, l'énumération ainsi limitée serait incomplète, car une analyse attentive permet de reconnaître, le plus souvent, certains troubles céphaliques qui ne sont évidemment que la continuation de la même série de phénomènes. Tels sont, s'il s'agit par exemple de la compression de l'ovaire gauche, des sifflements intenses qui occupent l'oreille gauche et que les malades comparent au bruit strident que produit le sifflet d'un chemin de fer; une sensation de coups de marteau frappés sur la région temporale gauche; puis, en dernier lieu, une obnubilation de la vue marquée surtout dans l'œil gauche.

» Les mêmes phénomènes se montreraient sur les parties correspondantes du côté droit, dans le cas où l'exploration porterait, au contraire, sur l'ovaire droit.

» L'analyse ne peut être poussée plus loin : car, lorsque les choses en sont à ce point, la conscience s'affecte profondément, et, dans leur trouble, les malades n'ont plus la faculté de décrire ce qu'elles éprouvent. L'attaque convulsive éclate d'ailleurs bientôt, pour peu qu'on insiste[1]. »

Une circonstance s'est présentée dernièrement qui a permis à M. Charcot de compléter sa démonstration et de prouver d'une façon péremptoire que la douleur dite ovarienne des hystériques avait bien pour siège l'ovaire.

Une malade dont il est souvent question dans ce livre, la nommée B... sortie guérie du service au mois de juin 1880, y rentrait l'année suivante, enceinte de huit mois et présentant de nouveau, à l'exception des crises convulsives, les marques de la grande hystérie. Elle était redevenue hémianesthésique droite, et, malgré son état de grossesse, très facilement hypnotisable.

On put alors constater sur cette malade que la douleur ovarienne qui siégeait autrefois dans la fosse iliaque, avait remonté. On sait que pendant la grossesse, les ovaires se déplacent avec le fond de l'utérus et que dans les derniers temps de la gestation ces organes deviennent même accessibles et facilement reconnaissables par le palper abdominal, ainsi que l'a démontré M. Budin. Chez notre malade la douleur ovarienne s'était déplacée et vers la fin du huitième mois de la grossesse occupait sur les côtés de l'utérus gravide la place assignée aux ovaires. M. Budin qui vit la malade à ce moment put facilement la reconnaître, mais à cause de l'état de mollesse et de dépres-

1. *Leçons sur les maladies du syst. nerv.*, t. Ier, p. 324, 2e édit.

sibilité des parois utérines ne put constater directement la présence des ovaires par la palpation abdominale.

Mais en outre de la douleur spéciale (accompagnée de sensation de boule qui remonte, de mouvements de déglutition, etc.) parfaitement localisée sur les côtés du ventre aux deux points correspondant au siège présumable des ovaires déplacés par la gestation, les expériences d'hypnotisme facilement répétées sur cette malade mirent en relief une autre propriété de la pression ovarienne et que l'on retrouva tout entière dans la pression des points douloureux abdominaux déjà indiqués. — Un des moyens les plus efficaces pour faire cesser le sommeil hypnotique, moyen souvent employé autrefois chez la malade B..., est la pression sur l'ovaire. Cette pression, chez B... en état de grossesse, n'a d'efficacité que si elle est faite sur deux points très limités de la paroi abdominale, et qui correspondent exactement aux points douloureux. Ainsi la présence des ovaires se trouve décélée par un double caractère, par la douleur spéciale provoquée par la pression pendant la veille, et par la cessation brusqne de l'état de sommeil pendant l'hypnotisme.

Enfin, une constatation des plus importantes a pu être faite par MM. Budin et Féré au moment de l'accouchement. Pendant les contractions utérines, ils ont pu, à plusieurs reprises, sentir du côté gauche, une petite tumeur ovoïde, grosse comme la phalangette du pouce, mobile et glissant sur la surface de l'utérus qui formait alors sous les doigts un plan résistant. La pression sur cette petite tumeur provoquait les phénomènes ordinaires de la pression sur le point douloureux dit ovarien. Cette tumeur dont le siège était celui de l'ovaire au moment de l'accouchement, a pu seulement être sentie à gauche. — L'influence de la pression ovarienne sur la cessation du sommeil hypnotique n'a pu être faite à ce moment, parce que, tout le temps qu'a duré le travail, la malade ne put être endormie. Tous les procédés qui réussissaient si facilement auparavant échouèrent. L'accouchement une fois terminé, B... redevint hypnotisable.

Ce cas a été publié avec détails par notre ami Ch. Féré, alors interne du service[1].

Peu de temps après M. Féré put faire sur une autre hystérique également enceinte et venue vers la fin de sa grossesse pour accoucher à l'hôpital, les mêmes constatations. — Les expériences d'hypnotisme seules ne purent être répétées, car la malade n'était pas hypnotisable.

« En somme, dit M. Féré en terminant, nous avons pu constater deux fois, pendant la grossesse, un déplacement des points douloureux (dits ovariens), qui subissaient un mouvement d'ascension proportionnel au développement de l'utérus gravide.

Dans ces mêmes cas nous avons pu, après l'accouchement, constater la descente des mêmes points douloureux, encore proportionnelle à l'évolution utérine. Dans ces différents moments, les points douloureux conservaient une situation qui est précisément celle qu'occupe l'ovaire pris au terme de la grossesse, après l'accouchement et à l'état de vacuité. Ainsi nous nous croyons fondé à considérer comme établi que le siège de la douleur iliaque des hystériques est bien l'ovaire, comme le soutient depuis longtemps M. Charcot. »

1. *Archives de Neurologie*, 1882, n° 8, p. 297.

Tout récemment notre malade B... redevenue enceinte pour la seconde fois a présenté les mêmes phénomènes de déplacement des points ovariens en rapport avec l'évolution de l'utérus. Cette seconde observation a confirmé pleinement les résultats de la première et a permis à M. Charcot d'en rendre témoins, a diverses reprises, les élèves de sa clinique.

Une observation fort curieuse du Dr Baraduc[1] vint encore à l'appui de la théorie qui place dans l'ovaire même le siège de la douleur dite ovarienne des hystériques. Par suite d'une rétroflexion utérine avec rétroversion, l'ovaire douloureux chez une malade qu'il a observée pouvait être directement atteint par le toucher vaginal, et sa pression déterminait les mêmes sensations douloureuses que la pression abdominale provoque d'ordinaire. Par contre, la pression abdominale demeurait sans effets chez cette malade. — De plus la pression intravaginale de l'ovaire provoquait de curieux phénomènes de transfert sur l'hémianesthésie et les points douloureux. Le Dr Baraduc établit en outre que la petite tumeur ovoïde sentie par le vagin était bien l'ovaire, par une série de preuves concluantes parmi lesquelles se trouve la constatation par le toucher des phénomènes d'ovulation aux époques menstruelles.

Aux approches de l'attaque, la douleur ovarienne s'exaspère et toute la suite des phénomènes douloureux de l'*aura hysterica* se produit spontanément. Ils reviennent sous forme de petits accès, d'abord éloignés, et qui se rapprochent à mesure que l'attaque devient plus imminente[2].

Pour en donner un exemple, je rapporterai ce qui se passe chez une de nos malades dont il a été déjà question, L. Gl...

Gl... est tourmentée par les signes prodromiques de l'attaque pendant environ cinq jours.

C'est d'abord un état psychique spécial accompagné d'hallucinations des divers sens. Les douleurs n'apparaissent que deux ou trois jours avant l'attaque et se montrent sous forme de petits accès d'autant plus rapprochés que l'attaque est plus proche. Puis l'ovarie droite augmente d'intensité, la douleur descend dans la jambe droite et jusqu'au bout du pied droit, en même temps qu'elle monte au creux épigastrique et que de violentes palpitations soulèvent la poitrine. A la gorge ce n'est plus une douleur, c'est une sensation de suffocation; la malade sent à la base du cou, comme une petite pomme d'api qui l'étouffe (boule hystérique). Ensuite les sifflements d'oreille, qui peuvent exister dès le début, redoublent surtout du côté droit; elle éprouve la sensation de coups de marteau dans la tempe droite et en même temps celle de pression sur l'œil droit; alors sa vue se trouble, elle chancelle... Mais

1. *Double prolapsus ovarien, chez une hystérique; compression intra-vaginale produisant le transfert; phénomènes d'ovulation tangibles.* Note lue en mars 1882 à la Société de biologie par le docteur Hippolyte Baraduc (fils).

2. *Leçons sur les maladies du système nerveux.*

bientôt tout rentre dans l'ordre après avoir duré une à deux minutes au plus.

Elle a comme la sensation d'un vent qui la renverse et la fait tomber en arrière. Elle éprouve comme le choc d'une chute. Cet ensemble de phénomènes se produit surtout lorsque Gl... est debout ou au moment où elle se lève, et se répète une quinzaine de fois par jour.

Ces accidents sont absolument comparables à ceux qui forment le début de l'attaque ; c'est en quelque sorte une attaque incomplète qui s'en tient aux préludes et s'arrête à peine commencée.

Lorsque l'attaque doit suivre, en même temps que les signes de l'aura se produisent, Gl... sent sa langue s'immobiliser et se contourner, la pointe en haut, contre son palais. Elle ne peut plus parler, mais elle entend ; un brouillard descend devant ses yeux, et en même temps que son intelligence s'obscurcit, elle sent sa tête qui se tourne à droite et ses mains qui se crispent douloureusement. Au même moment, la douleur au ventre, au creux épigastrique et à la tête atteint son summum. La suffocation est extrême, et bientôt la conscience se perd. La première période de l'attaque ou période épileptoïde est commencée.

En outre des phénomènes douloureux qui font partie du cortège de l'aura, il peut survenir à différents points du corps des douleurs fixes et intenses, principalement à la tête, au sommet ou à la nuque. Ces douleurs sont parfois d'une violence qui paraît dépasser toute imagination et les malades n'ont pas d'expressions assez fortes pour les peindre. Ler..., dont les attaques sont si remarquables à d'autres points de vue, présente, parmi les prodromes de l'attaque, une exagération de tous les symptômes douloureux.

5 février 1878. — Ler... est depuis quelques jours sous le coup de ses attaques, qui, suivant son dire, ne peuvent tarder. Elle souffre de la tête, du ventre et des reins. Elle laisse échapper ses urines, a perdu l'appétit, ne peut dormir et se sent en proie à une agitation qui ne lui laisse aucun repos. Il lui semble qu'elle manque d'air. Elle est prise d'éblouissements, de suffocations et de vertiges.

Hier les douleurs de tête ont augmenté de violence et l'agitation a été encore plus vive. Elle avait devant les yeux « comme des papillons de toutes les couleurs. » Après s'être couchée de bonne heure, elle fut prise, sur les dix heures du soir de battements de cœur violents, de frissons intenses avec claquements de dents et sensation de froid, puis d'étouffements, avec sensations de boule hystérique et suffocation. Des inhalations d'éther ne la calment qu'imparfaitement.

Ce matin les douleurs de tête sont encore plus violentes. « C'est comme du feu, dit-elle, j'ai la cervelle en ébullition. » Il lui est impossible de demeurer la tête sur l'oreiller. « On dirait que j'ai la tête sur des charbons ardents. Je

ne puis me coucher sur le ventre, j'étouffe sur le côté, j'ai des battements de cœur à tout rompre. » Elle a des sifflements d'oreille, elle entend le « bourdon » et les cloches qui sonnent à « toute volée ».

L'anesthésie cutanée est complète à droite, la main droite peut à peine serrer. Du côté gauche, la sensibilité existe à un faible degré ; la main gauche, tout en ayant plus de force que la droite, ne serre que faiblement.

L'amyosthénie est très accusée dans tout le côté droit. Elle traîne presque la jambe droite qui fléchit souvent sous son poids. Et cependant elle, éprouve un besoin incessant de remuer. « Quand je m'arrête, j'ai des milliers de fourmis dans la plante des pieds, dans les jambes. Il faut que je marche. »

Elle éprouve des secousses dans les bras, dans le ventre et dans les jambes, surtout dans la jambe droite. Les secousses sont plus fortes la nuit.

Elle se réveille en sursaut, se figurant tomber à bas de son lit ; ce qui arrive effectivement quelquefois.

Les secousses surviennent principalement au moment où elle s'endort. Quand elle est éveillée, elles sont bien moins fréquentes.

Dans la journée Ler... avait ses grandes attaques.

ZONES HYSTÉROGÈNES

Nous avons vu que l'attaque pouvait être provoquée par la pression sur l'ovaire douloureux. C'est là le point de départ de l'*aura hysterica*, et il suffit de le toucher même légèrement pour faire naître toute la succession des phénomènes douloureux qui constituent cet aura et qui, si l'excitation est un peu soutenue, peuvent ne pas s'arrêter en chemin et conduire aux grandes attaques. Nous verrons plus loin comment une compression plus énergique de la même région peut, par une action tout opposée, arrêter les convulsions qu'elle a servi à provoquer.

L'étude de ce curieux phénomène nous a conduit bientôt à reconnaître que la région ovarienne n'est pas le seul point douloureux dont l'excitation ait une influence marquée sur le développement ou l'arrêt des convulsions.

Tout le monde connaît les recherches si intéressantes de M. Brown-Séquard sur l'épilepsie expérimentale. Ce physiologiste a montré que les lésions de la moelle épinière, du bulbe rachidien, que celles des nerfs et en particulier du nerf sciatique, déterminent, chez les cochons d'Inde et même chez les autres animaux, chez le lapin, le chat et le chien, la production d'une affection dont les manifestations qui se rapprochent beaucoup de celles de l'épilepsie se montrent un certain nombre de jours après le traumatisme expérimental.

Les animaux ainsi rendus épileptiques sont pris de temps en temps d'attaques spontanées; mais ce qui est particulièrement intéressant, c'est qu'il est possible de provoquer ces attaques en excitant une certaine

région de la peau que M. Brown-Séquard désigne sous le nom de *zone épileptogène*. Cette zone, située du même côté du corps que la lésion nerveuse, siège vers l'angle de la machoire inférieure et s'étend de là vers l'œil et la région latérale du cou. La peau de cette région est un peu moins sensible que celle du côté opposé, et il suffit de l'attouchement le plus léger pour provoquer les convulsions épileptiques. La simple action de souffler amène le même résultat.

Il se produit quelque chose d'analogue chez les hystéro-épileptiques et le fait a déjà été signalé par les auteurs. Ainsi Willing et Turk ont constaté qu'une pression exercée sur les apophyses épineuses pouvait provoquer des convulsions et même des attaques. Dans d'autres cas, c'est une pression profonde sur l'ovaire ou la région épigastrique (Charcot, Schützenberger) qui détermine des accidents hystériques analogues. J'ai vu deux malades, dit Rosenthal, chez lesquelles l'introduction du spéculum était bien supportée, mais chaque fois qu'on touchait par hasard ou volontairement le col de l'utérus, il survenait une attaque.

Dans sa thèse sur le *Sommeil magnétique dans l'hystérie* (Strasbourg, 1868), Baillif rapporte que, chez un sujet, il produisait une attaque par une légère friction au-dessus de l'appendice xiphoïde, et que chez une autre, par la même friction, il la faisait revenir à elle, puis elle retombait. « Chez certaines hystériques, ajoute-t-il, on trouve nombre de points assez sensibles pour que, par des frictions assez vives, ils deviennent le point de départ de douleurs réflexes pouvant occasionner l'attaque. »

Sans chercher par quel mécanisme l'excitation périphérique de certains territoires nerveux donne naissance aux convulsions, je me bornerai à constater l'existence chez les hystéro-épileptiques de zones absolument comparables aux zones épileptogènes du cochon d'Inde et que je désignerai sous le nom de zones hystéro-épileptogènes, ou plus simplement de zones hystérogènes.

Gen... possède entre les deux omoplates une zone hypéresthésiée dont le simple attouchement suffit pour provoquer une attaque, et cela d'autant plus facilement qu'elle se trouve plus près d'une attaque spontanée. Après les grandes attaques il semble que l'excitabilité soit épuisée, et la pression de la zone indiquée n'amène plus aucun phénomène convulsif.

Alph. B... présente la même particularité. Elle raconte qu'au moment où on lui touche l'épine dorsale entre les deux épaules, elle ressent une violente douleur dans le ventre, puis une suffocation qui amène de suite la perte de connaissance. Il semble que, dans cette circonstance, les différents points douloureux de l'aura hystérique, au lieu de se développer successivement et dans l'ordre connu, comme il arrive lorsque l'accès est spontané, surviennent tous à la fois et avec une grande intensité.

Gl... possède une *zone hystérogène* différente. La zone est double, il faut toucher à la fois deux points symétriques situés en dehors et un peu au-dessous

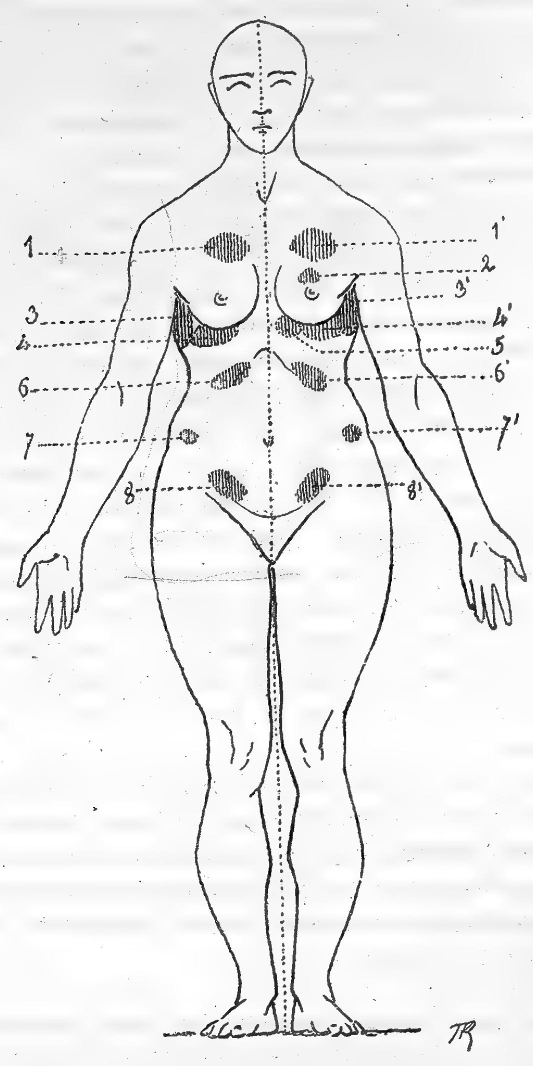


Fig. 9. — Principales zones hystérogènes.
Face antérieure du corps.
1,1'. Zones sus-mammaires.
2. Zone mammaire.
3,3'. Zones sous-axillaires.
4,4',5. Zones sous-mammaires.
6,6'. Zones costales.
7,7'. Zones iliaques.
8,8'. Zones ovariennes.

du sein, pour provoquer les convulsions hystéro-épileptiques; l'attouchement d'un seul point ne produit aucun résultat.

Au contraire, chez Suzanne N..., une zone hystérogène existe vers la même région, mais d'un seul côté. Il suffit de toucher un point situé du côté gauche au-dessous du sein, pour provoquer les convulsions. L'excitation du point

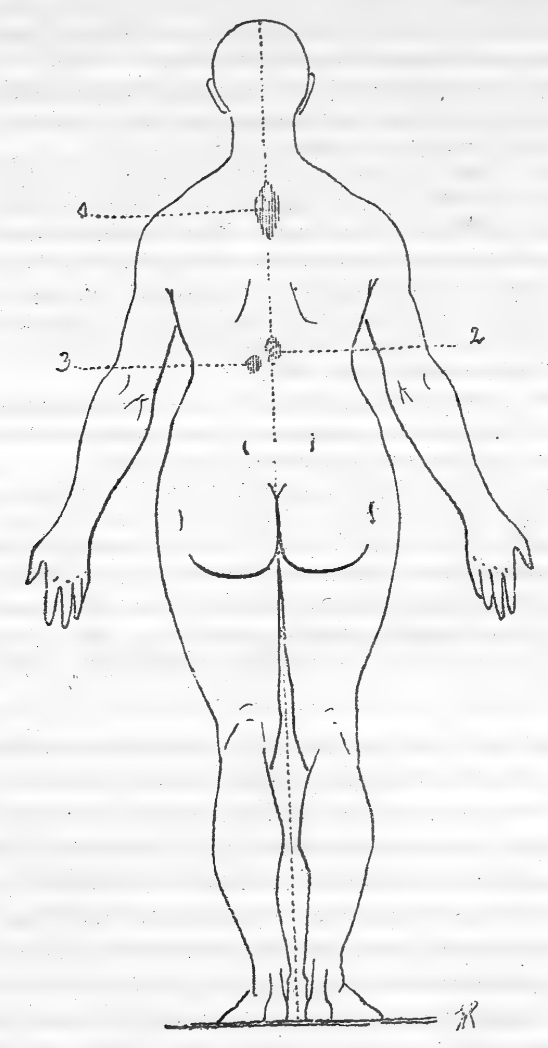


FIG. 10. — Principales zones hystérogènes.
Face postérieure.
1. Zone dorsale supérieure.
2. Zone dorsale inférieure.
3. Zone latérale postérieure de Suz. N...

symétrique au côté droit demeure inefficace (fig. 9, n° 5). N... possède à la partie postérieure du tronc un autre point hystérogène, qui, contrairement a ce qui ce passe le plus souvent pour les zones hystérogènes postérieures, n'est pas situé sur la ligne médiane. Il se trouve sur les limites de la région lom-

baire et de la région dorsale, du côté gauche, à un travers de doigt de la ligne médiane et à trois travers de doigt environ au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate (fig. 10, n° 3).

Witt... ressemble sous ce rapport à Gl... Sa zone hystérogène est double et existe de chaque côté, en deux points symétriques situés un peu en dehors des seins, presque sous les aisselles (fig. 9, n° 3, 3').

Chez Marc..., la zone hystérogène est également double, elle siège un peu plus bas au niveau du rebord des fausses côtes (fig. 9, n° 6 et 6') et aussi au niveau des épines iliaques antérieures (fig. 9, n° 7 et 7').

Juliette Dub..., possède, sans compter l'hyperesthésie ovarienne, trois zones hyperesthésiques capables par leur excitation, de donner naissance aux attaques. L'une est située en arrière, sur la ligne médiane. Semblable à celles de Gen... et Bar..., elle siège le long de la colonne vertébrale, entre les deux épaules (fig. 10, n° 1). Les deux autres sont antérieures et sont placées de chaque côté du sternum, au-dessus des seins (fig. 9, n° 1, 1'). L'excitation d'un seul de ces points suffit pour déterminer les convulsions. Portée sur le milieu du sternum, l'excitation demeure sans effet.

Ernestine Pil... possède une zone hystérogène sur la partie antérieure de la poitrine et du côté gauche seulement. Elle est située sur le sein, à deux centimètres environ au-dessus du mamelon (fig. 9, n° 2).

Léonore Rob..., comme Dub..., possède une zone antérieure et une zone postérieure. Antérieurement la zone est double, placée presque immédiatement au-dessous du sein (fig 9. n° 4 et 4'). La zone à gauche est beaucoup plus sensible qu'à droite. Un seul attouchement suffit à gauche, tandis qu'à droite il faut insister davantage. Postérieurement la zone est unique, située sur la ligne médiane, mais beaucoup plus bas que Gen..., Bar... et Dub...; elle occupe la partie inférieure de la région dorsale, près de la limite de la région lombaire (fig. 10, n° 2).

Je rappellerai qu'il est une zone d'hyperesthésie commune à tous nos malades et dont il a été déjà question. Je veux parler de l'ovarie ou hyperesthésie ovarienne qui ne diffère en rien d'essentiel des zones hystérogènes que je viens d'indiquer (fig. 9, n° 8 et 8') L'assimilation toutefois, ne saurait être complète. La douleur ovarienne a pour siège un viscère profondément situé dans le petit bassin, tandis que les autres zones hystérogènes sont plus ou moins superficielles. Si l'hyperesthésie n'affecte pas la peau elle-même, elle paraît intéresser les ramifications nerveuses sous-cutanées. De plus, dans la variété d'hystérie dont il s'agit ici, l'ovarie ne manque presque jamais. Nous l'avons constatée chez toutes nos malades, et lorsqu'en même temps que l'hyperesthésie ovarienne existent d'autres points hystérogènes, l'excitation de la région ovarienne est toujours beaucoup plus efficace. En un mot, l'action de la compression ovarienne est toujours plus prompte et plus complète.

Dans l'intervalle des crises convulsives, les zones hystérogènes sont le siège de douleurs spontanées comparables à celles qui existent à la

région ovarienne. Aux approches de l'attaque ces douleurs s'exaspèrent et font partie constitutive de l'aura (aura hystérogène).

Les zones hystérogènes n'affectent avec l'hémianesthésie aucun rapport constant. Nous savons, il est vrai, que le plus souvent l'ovarie siège du côté hémianesthésique. On peut citer cependant plusieurs cas dans lesquels l'ovarie existait du côté opposé à l'hémianesthésie.

Très souvent la zone hystérogène existe sur la ligne médiane, comme c'est le cas chez Bar..., qui est hémianesthésique droite, et chez G..., qui est anesthésique totale. Elle est double et existant de chaque côté en deux points symétriques chez Gl..., qui est hémianesthésique droite, et chez Witt..., qui est anesthésique totale. Enfin elle est unique et latérale à gauche chez S. Nan..., qui est anesthésique des deux côtés.

Dub... est anesthésique à gauche et possède une zone hystérogène double sur la partie antérieure de la poitrine, de chaque côté du sternum. Le point hystérogène situé du même côté que l'anesthésie est également insensible à la piqûre. Par contre, Ernestine X..., qui est hémianesthésique gauche, n'a qu'un seul point hystérogène antérieur situé du même côté que l'anesthésie, près du bord gauche du sternum, et sur ce point seulement la sensibilité à la piqûre persiste.

Depuis nos premières recherches à ce sujet, qui datent de 1878, nous avons pu constater, chez la plupart des malades hystériques soumises à notre observation, la présence de zones hystérogènes dont le siège est variable. Des auteurs parmi lesquels il convient de citer M. Buet[1] et M. Gaube[2] en ont rapporté de nombreux exemples. Ce dernier vient de faire paraître sur la matière une monographie détaillée et qui contient quelques faits nouveaux fort intéressants.

Il a eu l'occasion d'observer des zones hystérogènes sur les membres, ce que nous n'avions pas encore rencontré chez nos malades. Ces zones des membres siègent presque toujours au point de réunion des différents segments ou dans leur voisinage immédiat. Au bras, elles occupent le pli du coude; aux membres inférieurs, le pli de l'aine, le creux poplité, les malléoles. Il est à remarquer qu'elles siègent ordinairement dans le sens de la flexion.

Les observations de M. Gaube tendent à démontrer que lorsqu'il existe une zone hystérogène sur un membre, la compression du tronc nerveux dont les ramifications se distribuent à cette zone provoque l'attaque tout comme la compression de la zone elle-même. Les zones hys-

1. *Zones hystérogènes*, Buet, Th. Paris, 1871.
2. *Recherches sur les zones hystérogènes* par Raoul Gaube, 1882. Ce travail a été fait dans le service et sous la direction de M. Pitres, professeur à la Faculté de Bordeaux.

térogènes des membres ont donc pour siège les ramifications nerveuses périphériques.

La glande mammaire, à l'instar de l'ovaire, pourrait être aussi, d'après les observations de M. Gaube, le siège de zones hystérogènes véritablement viscérales. Dans ces cas le pincement même énergique de la peau du sein ne détermine aucun des phénomènes de l'attaque, tandis qu'au contraire la pression exercée sur la glande elle-même donne immédiatement lieu à l'explosion des phénomènes convulsifs.

Il résulte de ce qui précède que les zones hystérogènes ont une situation des plus variables. Mais si elles varient d'une malade à l'autre, elles persistent toujours aux mêmes places chez une même malade.

Nous avons pu constater, d'une façon générale, que les zones hystérogènes occupent le tronc ou les membres ; qu'elles sont plus fréquentes en avant qu'en arrière ; qu'en avant elles occupent les parties latérales et sont, le plus souvent, doubles et symétriques ; qu'en arrière elles sont le plus souvent uniques et médianes ; qu'enfin elles existent plus fréquemment à gauche qu'à droite, et que les zones unilatérales, du moins d'après nos observations et celles du Dr Gaube, ont toujours été situées à gauche.

Les zones hystérogènes ne sont pas en tout temps également excitables. Elles le sont d'autant plus que l'attaque convulsive est plus imminente. Il semble que la malade qui est sur le point d'avoir des attaques, soit comparable à un vase trop plein que le moindre choc va faire déborder, ou mieux à une bouteille de Leyde dont le moindre contact va occasionner la décharge. En effet, lorsque les convulsions ont eu lieu et que la malade, si l'on veut bien me permettre cette expression, se trouve en quelque sorte déchargée, les zones hystérogènes s'amoindrissent ou même disparaissent complètement. En dehors de cette influence bien connue des attaques convulsives sur l'excitabilité des zones hystérogènes, on peut voir cette excitabilité s'atténuer ou même disparaître, momentanément toutefois, dans des circonstances encore mal définies — une émotion vive par exemple, — et dont le mode d'action nous échappe complètement.

M. Gaube a fait sur la disparition des zones hystérogènes sous l'influence des différentes actions locales ou générales, d'intéressantes recherches dont voici les conclusions :

L'anémie locale (ligature circulaire, — bande d'Esmach), le sinapisme, les injections sous-cutanées d'eau froide, l'électrisation locale, continue ou interrompue, font disparaître l'excitabilité de la zone. Le tronc nerveux conserve son excitabilité au-dessus, dans tout le territoire sur lequel n'a pas agi l'agent modificateur ;

Les métaux et le bois produisent les mêmes résultats sur les malades sur lesquelles ils sont æsthésiogènes;

Pendant la résolution éthérique, les zones hystérogènes disparaissent et avec elles l'excitabilité des nerfs qui les commandent;

Les courants médullaires (ascendants ou descendants), les courants cérébraux amènent la disparition générale des zones, et la perte d'excitabilité des troncs nerveux qui s'y rendent;

Les zones hystérogènes effacées par des actions locales ou générales, reparaissent après un temps variable;

La disparition est de beaucoup plus longue, après les actions portées sur les centres cérébro-spinaux.

L'action des zones hystérogènes ne se borne pas à provoquer les attaques. Ce qu'elles ont fait, elles peuvent le défaire. Elles sont comme des armes à la fois offensives et défensives servant à parer les coups ou à en porter. Une première excitation occasionne les convulsions, une seconde amène l'arrêt immédiat de ces mêmes convulsions. Ce fait est déjà connu depuis longtemps pour ce qui est de la pression ovarienne. Aux auteurs qui ont prétendu que la compression de l'ovaire arrêtait les attaques convulsives, on a voulu opposer ceux qui, par le même procédé, affirmaient leur donner naissance. Mais la vérité existe des deux côtés, et loin de s'exclure ces deux opinions se concilient ainsi : quand les convulsions n'existent pas, la compression ovarienne les fait naître; quand elles existent, la même manœuvre les fait cesser. Nous avons dit que la pression ovarienne légère déterminait l'apparition des phénomènes de l'aura, et qu'en insistant un peu, l'attaque convulsive ne tardait pas à suivre. A peine les convulsions ont-elles débuté, qu'une pression un peu plus forte les arrête instantanément.

Quelle que soit la raison de cette double action opposée d'une même cause, le fait est là qui s'impose. Il est indéniable.

Ce qui est vrai pour la compression ovarienne l'est également pour l'excitation de toutes les zones hystérogènes que nous avons signalées. L'expérience a été répétée maintes fois chez nos malades et a toujours donné les mêmes résultats. Ainsi un léger attouchement dans le dos de Bar... amène aussitôt des convulsions, qui à peine commencées peuvent être aussitôt enrayées par une nouvelle excitation du même point. La même chose existe chez toutes les malades dont nous avons parlé.

J'ajouterai qu'en général l'excitation qui arrête la convulsion doit être plus forte que celle qui la détermine. Un frottement même léger réussit dans le premier cas; dans le second il faut donner la préférence à la pression.

Quand la malade possède plusieurs zones hystérogènes, l'attaque oc-

casionnée par l'excitation de l'une peut être arrêtée par l'excitation portée sur une autre. Par exemple chez Dub... l'attaque donnée par le frottement sur les apophyses épineuses est arrêtée par la pression sur les côtés du sternum et réciproquement. Chez Bar..., l'attaque donnée par le frottement sur les apophyses épineuses est arrêtée par la pression ovarienne et réciproquement. L'expérience peut être ainsi variée chez chacune de nos malades suivant la situation et le nombre de leurs zones hystérogènes, et le résultat obtenu ne saurait changer.

1ère PÉRIODE — PÉRIODE ÉPILEPTOÏDE



Phase d'immobilité Tonique
ou Tétanisme

A. Delahaye et E. Lecrosnier.

CHAPITRE II

PREMIÈRE PÉRIODE. — PÉRIODE ÉPILEPTOÏDE

Une attaque complète d'épilepsie vraie se compose d'une succession de phénomènes qu'on peut diviser en trois phases, se reproduisant toujours dans le même ordre :

1° Tétanisation brusque des muscles de tout le corps, en même temps que spasmes viscéraux et perte de connaissance ;

2° Convulsion clonique des muscles tétanisés ;

3° Résolution générale et stertor.

Nous retrouvons dans la période épileptoïde de l'attaque hystéro-épileptique le même cortège de symptômes, au point qu'un observateur non prévenu pourrait prendre pour de l'épilepsie vraie ce qui n'en a, en définitive, que les apparences. Deux faits entre autres prouvent péremptoirement que l'épilepsie n'est là que dans le dehors et non dans le fond des choses : 1° la compression ovarienne arrête brusquement l'attaque à quelque moment de la période épileptoïde qu'on la pratique; 2° les interversions de courants électriques produisent le même effet. Or jamais aucun de ces moyens n'a pu non seulement enrayer, mais même atténuer les convulsions de l'épilepsie vraie.

Afin de préciser autant que possible les caractères de cette période épileptoïde, j'ai entrepris, avec mon collègue et ami M. Regnard, d'appliquer à son étude les procédés graphiques de M. le Dr Marey. Nos recherches ont fait l'objet d'une présentation à la Société de biologie, le 13 juillet 1878 et sont consignées tout au long dans un mémoire qui a paru dans le numéro de septembre 1878 de la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*. C'est à l'étude des convulsions externes que nous nous sommes particulièrement attachés. Nous avons fait usage de l'appareil myographique du Dr Marey. Le tambour explorateur a été

PÉRIODE ÉPILEPTOÏDE DE L'ATTAQUE HYSTÉRO-ÉPILEPTIQUE. (Tracé schématique.)

1° Phase tonique. 2° Phase clonique. 3° Phase de résolution

FIG. 11. — N° 1. Grands mouvements convulsions *toniques*. N° 2. Tétanisme ou immobilité *tonique*. N° 3. Convulsions *cloniques* secousses. N° 4. Sommeil stertoreux.

appliqué le plus souvent sur la masse musculaire antérieure de l'avant-bras.

Notre appareil a enregistré les modifications survenues dans la contraction musculaire pendant les mouvements convulsifs du bras. Et comme les convulsions lorsqu'elles sont générales, comme c'est le cas ici, revêtent par tout le corps le même caractère, à part toutefois la question de prédominance, il se trouve que nos tracés représentent assez fidèlement la physionomie de l'attaque épileptoïde dans son ensemble, et que ses différentes phases y sont inscrites par des courbes variées.

Ce procédé graphique est venu confirmer ce que la simple observation avait déjà donné et nous divisons en trois phases la période épileptoïde de l'attaque hystéro-épileptique :

1° Phase tonique;
2° Phase clonique;
3° Phase de résolution.

§ 1. — MODE DE DÉBUT

Lorsque l'attaque d'hystéro-épilepsie survient spontanément, comme par les seuls progrès de la marée hystérique, dont le flot monte par degrés, la période épileptoïde est précédée de quelques phénomènes convulsifs variés, sans parler ici des phénomènes douloureux de l'*aura hystérique* dont il a été question.

Ces troubles moteurs ne se produisent que peu d'instants avant la phase tonique, qu'ils préparent pour ainsi dire. Tantôt ce sont des secousses générales qui soulèvent tout le corps ou bien affectent plus particulièrement un côté du corps, ou bien se localisent aux membres supérieurs. Ces secousses, d'abord éloignées, se rapprochent de plus en plus[1]. Elles sont très nettement indiquées sur les tracés de la figure 34, par les grandes oscillations qui précèdent l'ascension de la phase tonique. C'est tantôt un mouvement précipité des paupières supérieures, tantôt

1. Les secousses qui s'étendent à tout le corps revêtent le plus souvent la forme que la figure 12 essaye de représenter. Ce phénomène qui se produit et cesse en moins de temps qu'il n'en faut pour l'écrire, peut être ainsi analysé. — Tout d'un coup les membres supérieurs s'étendent, s'élèvent un peu et se rapprochent du tronc, l'avant-bras étant en pronation, le poignet fléchi et le poing fermé. Quelquefois les deux poignets se rapprochent de la ligne médiane, au point de venir se heurter par leur face dorsale. La tête se raidit, s'enfonce entre les deux épaules, droite ou tournée de côté, les traits sont animés de convulsions rapides. La partie supérieure du tronc se soulève et quitte l'oreiller. En même temps

une ondulation rapide du ventre avec borborygmes bruyants, tantôt un tremblement général ou d'un côté du corps seulement; tantôt la respiration bruyante se précipite par degrés.

Pendant les quelques secondes que durent ces phénomènes, la malade a conscience de ce qui se passe en elle. Mais déjà elle est distraite du monde extérieur, et son intelligence s'obscurcit.

Puis surviennent à la fois les trois phénomènes qui marquent le début de la phase épileptoïde : la perte de connaissance, l'arrêt de la respiration et la tétanisation musculaire.

Quand, au contraire, l'attaque hystéro-épileptique n'est pas abandonnée à elle-même, lorsqu'elle est précipitée ou même complètement provoquée par des influences extérieures, dans l'ordre psychique ou somatique, — comme une impression morale vive, ou l'attouchement des zones hystérogènes, — le début de la période épileptoïde peut-être tellement brusque que la malade tombe comme foudroyée, et la perte de connaissance est si rapide, qu'au sortir de l'accès, le souvenir de la cause qui l'a provoqué n'existe pas[1].



Fig. 12. — Secousses généralisées.

Le début d'une attaque provoquée est tellement subit que si la cause

les jambes s'étendent, les pieds étant en extension forcée, et s'élèvent un peu au-dessus du lit, de telle sorte que pendant un instant, très court il est vrai, la malade ne repose plus que par le siège. La secousse peut être unique, ou composée de plusieurs soubresauts qui se succèdent rapidement. Puis en un clin d'œil toute agitation cesse, et la malade retombe sur son lit dans la résolution la plus complète.

1. Dans son intéressante observation d'hystérie avec catalepsie et somnambulisme, publiée au numéro de février 1880 des *Archives générales de médecine*, le docteur Mesnet raconte qu'un jour on présenta à la malade une lettre : aussitôt violentes attaques d'hystérie

occasionnelle surprend la malade pendant son sommeil, celle-ci n'a pas le temps de reprendre ses sens. C'est ce qu'il est facile de constater et ce qui arrive toutes les fois que, chez une malade endormie, on vient à toucher les points hystérogènes. L'attaque se développe instantanément, et lorsque par la compression ovarienne ou par une nouvelle excitation du point hystérogène, on fait cesser les convulsions en même temps que l'on ramène la connaissance, la malade n'a aucune conscience de ce qui s'est passé.

Le 28 juin 1870, Suzanne N..., hystéro-épileptique, tombe en attaque aux premiers coups de tonnerre d'un violent orage qui se déclare à six heures du matin. L'attaque l'a surprise au milieu de son sommeil, et lorsqu'on la réveille par la compression ovarienne, elle est fort étonnée de l'état dans lequel elle se trouve et ne se souvient de rien, ni de l'orage, ni des coups de tonnerre, ni du début des convulsions. Deux de ses compagnes, également hystéro-épileptiques, couchées dans la même salle, tombaient en attaque en même temps qu'elle et sous la même influence.

Perte de connaissance. — « Dans la majorité des cas, dit Briquet, au sujet des attaques d'hystérie vulgaire, la *perte de connaissance* succède très promptement à la strangulation, elle a lieu subitement et à partir de ce moment les malades ne voient plus, n'entendent plus et ne sentent plus rien ; les excitations, la brûlure, les piqûres ne sont en aucune manière senties, et quand après l'accès les malades sont revenues à elles-mêmes, elles n'ont aucun souvenir de ce qui s'est passé... » Ceci est absolument vrai et a lieu dans la totalité des cas, en ce qui concerne la période épileptoïde de l'attaque hystero-épileptique. — La perte de connaissance est complète pendant toute la durée de cette première période de l'attaque, et nous avons entre les mains un moyen sûr et facile de nous en rendre un compte exact. La compression ovarienne permet de faire cesser tout d'un coup les convulsions, à quelque moment de l'attaque qu'on la pratique, et de rendre en même temps à la malade toute sa connaissance. Si donc on vient à l'exercer pendant les autres périodes de l'attaque, la malade qui reprend ses sens raconte parfaitement le sujet des hallucinations qui président à ces diverses périodes, comme nous le verrons plus loin; mais pendant la période épileptoïde, sa réponse est invariable : elle ne sait rien, elle n'a rien vu, elle ne se souvient de rien.

Le *cri* de l'épileptique qui tombe n'existe pas ici. Contrairement à ce

avec catalepsie ; trois fois on lui présente la lettre, trois fois elle est reprise de convulsions, et, au sortir de chaque accès, elle n'a nullement conscience de ce qui vient de se passer; elle a oublié la lettre qu'on lui a présentée.

qu'a dit Briquet, M. Charcot, professe que l'hystérique en tombant ne crie pas. Le spasme respiratoire qui survient brusquement est la cause quelquefois d'un son laryngien plus ou moins rauque ou étouffé. On peut entendre aussi quelque bruit pharyngien occasionné par une vibration du voile du palais, ou des mouvements de déglutition bruyants.

Gl..., qui à ce moment ouvre parfois la bouche démesurément, pousse quelques « Ah! ah! » gutturaux. Mais aucun de ces bruits différents ne saurait être qualifié de cri.

Ce n'est pas à dire que le cri n'existe pas dans l'attaque hystéro-épileptique; mais il ne se produit pas au début. Il fait partie de la deuxième période il est le plus souvent aigu et prolongé, toutefois il peut revêtir les caractères les plus variés. Nous le décrirons en temps et lieu.

§ 2. — PHASE TONIQUE

La tétanisation musculaire n'arrive pas d'emblée à son maximum. Elle débute d'une façon brusque ou s'accuse par degrés, comme le montre la ligne de début de nos tracés. Mais avant d'arriver à l'*immobilité tétanique*, la malade exécute avec les membres quelques grands mouvements; ce qui nous conduit, pour plus de clarté, à subdiviser la phase tonique en deux parties :

a. Phase tonique avec mouvements à grand rayon ou convulsions toniques (fig. 16).

b. Phase tonique avec immobilité tétanique ou tétanisme (pl. II, p. 39).

a. — Phase tonique avec mouvements.

Les mouvements alors exécutés par la malade ont une grande analogie avec ceux qui se rencontrent dans l'épilepsie partielle désignée sous le nom d'*épilepsie partielle tonique*[1].

Ils ont pour caractères d'être d'une certaine lenteur, puisqu'ils sont exécutés par des parties du corps dont tous les muscles sont déjà contractés à un assez haut degré; de plus, ils sont étendus, ils produisent un déplacement du membre dans sa totalité; le plus souvent, ce sont

1. Bourneville et Regnard, *Iconog. phot.*, tome II, p. 63.

des mouvements de circumduction. Ces deux qualités les distinguent des mouvements de la phase clonique, qui sont précipités et provoquent dans les membres de courtes oscillations.

Cette partie de la phase tonique se trouve représentée sur nos tracés (fig. 11, 30, 31, 32, 33 et 34) par une ligne dont la courbe générale s'élève au-dessus du niveau de la résolution musculaire pour se rapprocher de plus en plus du plateau de la tétanisation. De plus, cette ligne est ondulée, et cette ondulation répond aux grands mouvements de flexion, d'extension ou de rotation du membre, pendant lesquels les muscles sur lesquels se trouve appliqué le tambour explorateur sont alternativement dans un état de contraction et de relâchement relatif.



Fig. 13. — Phase tonique. Saillie de la langue qui se meut d'une commissure à l'autre.

Enfin, on peut remarquer une petite dentelure fine et assez irrégulière de toute la ligne qui correspond à une légère trépidation de tout le membre, et qui semble être la marque d'une tétanisation incomplète.

Ces convulsions toniques ont une physionomie particulière suivant les malades. Elles sont générales, mais le plus souvent avec une prédominance marquée d'un côté.

La tête se raidit, se renverse lentement en arrière, faisant saillir le cou qui se gonfle, ou bien demeure rectiligne, un peu penchée en avant et s'enfonçant entre les deux épaules qui s'élèvent. La face excessivement pâle tout d'abord, ne tarde pas à se congestionner. Le front se ride, les yeux convulsés cachent habituellement leur pupille sous la

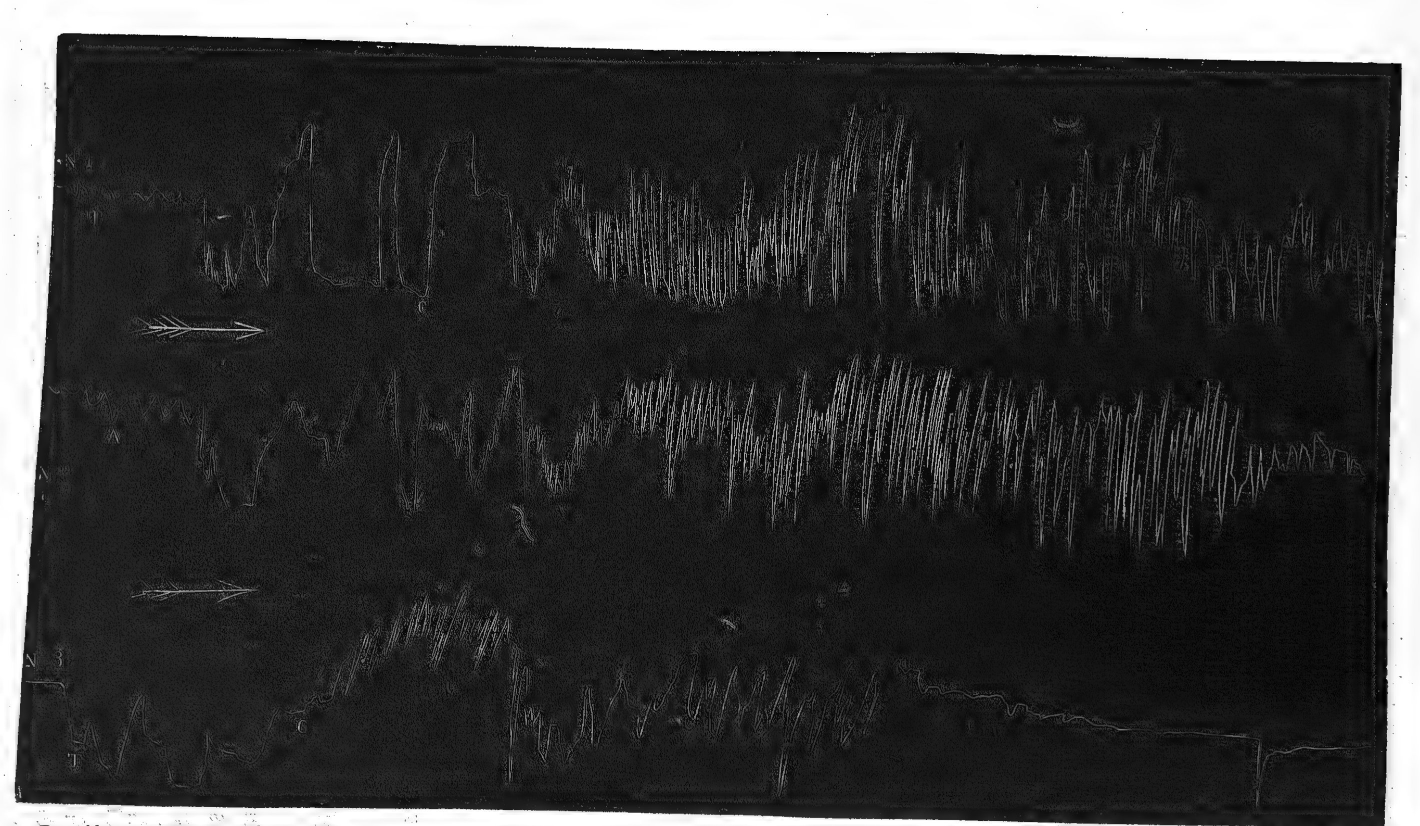


Fig. 14. — Nos 1, 2. Tracés pneumographiques pris sur Gl.... — No 1. Thorax. — No 2. Abdomen. Respiration normale au début. Puis phase tonique. C. Commencement de la phase clonique. — No 3. Tracé des changements de volume du cou. — Phase tonique C. Commencement de la phase tonique.

paupière supérieure, ou roulent dans l'orbite. La pupille est dilatée, quelquefois au contraire elle semble resserrée[1]. L'immobilité n'existe pas plus à la face que sur le reste du corps. La bouche s'ouvre démesurément, la langue sort quelquefois et se meut d'une commissure à l'autre (fig. 13, 15); ou bien les mâchoires sont fortement serrées, et par un mouvement de diduction du maxillaire inférieur, la malade fait entendre un grincement de dents souvent très intense. Le nez se plisse différemment. Enfin toute la figure est grimaçante. Cette distorsion de la physionomie se produit avec une lenteur relative, et par là même se distingue facilement de l'agitation convulsive et partielle des traits qui marque la phase clonique.

La respiration s'arrête brusquement comme dans le phénomène de



Fig. 15. — Phase tonique. Saillie de la langue.

l'effort. Mais nos tracés montrent qu'elle n'est pas dans es premiers instants complètement suspendue. Il se fait, de temps à autre, de rapides mais profondes inspirations. Le *soulèvement de l'abdomen* se produit en même temps que l'ampliation thoracique et aussi brusquement. Et pendant cette phase tonique les deux tracés du pneumographe, tracé du thorax et tracé de l'abdomen, marquent de grandes oscillations isochrones et à peu près identiques, tandis que, comme nous le verrons

1. Notre ami Ch. Féré s'est livré récemment à d'intéressantes recherches sur l'état de la pupille pendant l'attaque hystéro-épileptique ; afin de ne pas entraver la description et leur consacrer la place qu'elles méritent, je me réserve d'en exposer les principaux résultats à la fin de ce chapitre.

plus loin, dans la phase clonique, l'antagonisme règne entre les mouvements du thorax et ceux de l'abdomen. (Fig. 14, nos 1 et 2.)

Le gonflement du cou qui accompagne constamment la convulsion épileptoïde de l'hystérie est un phénomène important à signaler, car il ne se rencontre pas au même degré dans l'épilepsie vraie. Nous avons pu, M. Regnard et moi, en appliquant autour du cou un des tambours du pneumographe, obtenir plusieurs tracés dont la courbe permet d'étudier plus sûrement les modifications de volume qu'il subit. On y voit (fig. 14, n° 3) que le gonflement du cou débute brusquement. La ligne du graphique descend presque verticalement et le plateau tend à s'établir, mais il est bientôt interrompu par de soudaines ascensions de courte durée correspondant aux quelques inspirations rapides indiquées sur le tracé pneumographique.

Ce gonflement du cou peut, dans certains cas exceptionnels, subir un développement considérable, et parmi les symptômes épileptoïdes dont il est question ici prendre une place prédominante. J'ai pu en observer récemment un cas dont l'aspect véritablement effrayant permet

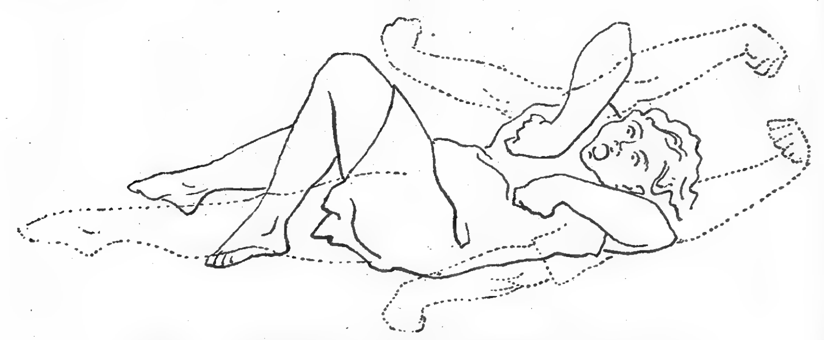


Fig. 16. — Représentation schématique des grands mouvements toniques.

de comprendre comment il se fait qu'autrefois le gonflement du cou ait été rangé parmi les signes de possession démoniaque.

Les membres exécutent dès le début de la phase tonique quelques grands mouvements qui varient suivant les malades, mais qui chez le même sujet se répètent toujours à peu près de la même façon. Ce sont bien là les véritables convulsions toniques. Le plus souvent les bras exécutent de grands mouvements de circumduction qui peuvent se décomposer ainsi (fig. 16). D'abord, mouvement de pronation avec flexion du poignet; le pouce, contre la paume de la main, est recouvert plus ou moins par les doigts fortement fléchis; puis les bras s'élèvent, le coude se fléchit ensuite, ramenant la main au niveau de la figure, et le membre tout entier reprend sa position première, étendu le long du corps, en

accusant le mouvement de pronation. Ces mouvements se répètent trois ou quatre fois de suite.

Les jambes sont en même temps animées d'un mouvement analogue, se fléchissant et s'étendant tour à tour avec lenteur. La convulsion se



Fig. 17. — Phase tonique. Mouvement de circumduction des membres supérieurs. (Grands mouvements toniques.)

montre quelquefois d'un seul côté, et un seul bras exécute le grand mouvement dont il vient d'être question.

Le tronc, pendant que les membres s'agitent, ne demeure pas immobile, il se tourne de côté, se fléchit ou s'étend.

Marc... présente une grande variété dans ses mouvements toniques.



Fig. 18. — Phase tonique. Grands mouvements toniques des membres inférieurs.

La face grimace affreusement (fig. 13). Les bras s'élèvent alternativement et exécutent une espèce de moulinet par lequel les mains passent successivement devant la figure. Le poignet est fléchi, et les trois premiers doigts de la main, pouce, index et médius, sont étendus et écartés,

pendant que les deux derniers sont fléchis (fig. 17). Le moulinet s'exécute parfois en plusieurs temps, et le bras demeure un moment élevé au-dessus de la tête avant de redescendre (fig. 18). Les jambes non seulement se fléchissent, mais s'élèvent et se croisent diversement. Parfois elle se trouve ramassée en boule et fait un tour complet sur elle-même (fig. 19).



Fig. 19. — Phase tonique. Grands mouvements toniques. La malade se trouve ramassée en boule et fait un tour complet sur elle-même.

Si nous avons décrit aussi longuement ce commencement de la phase tonique, ce n'est pas sans quelque raison; car, bien que cette partie de la phase puisse être très courte et même ne pas exister du tout, il n'en est pas moins vrai qu'elle paraît spéciale à l'hystéro-épilepsie et que son extension explique l'aspect effrayant que revêt une des variétés de l'attaque hystéro-épileptique que nous étudierons plus loin, je veux parler des attaques démoniaques.

b). — Phase tonique avec immobilisation. (Pl. II, p. 39.)

Après les convulsions toniques, la malade se trouve bientôt immobilisée par la tétanisation musculaire portée à son comble. Ce moment est marqué sur nos tracés par une ligne droite, un plateau qui est le point culminant de toute la courbe.

La position de la malade ainsi immobilisée est variable, le plus souvent elle est dans l'extension complète et le décubitus dorsal.

La tête est renversée en arrière, le cou gonflé au plus haut degré, les veines y dessinent des cordes saillantes. Il est fortement cyanosé, ainsi que la face devenue bouffie et dont les traits sont contracturés et immobiles. L'écume apparaît aux lèvres. Les bras sont étendus dans l'adduction et la rotation en dehors, le poignet fléchi, le poing fermé; parfois les deux mains, ramenées vers le milieu du corps, se touchent par leur dos et même se croisent. Les membres inférieurs sont également

dans l'extension, les genoux fortement appliqués l'un contre l'autre, et les pieds en pied-bot équin tournés en dedans ou en dehors (pl. II, p. 39).



FIG. 20. — Phase tonique. — Immobilité tonique dans le décubitus latéral.

Le tronc, raidi comme une barre de fer, repose sur le dos ou sur l'un des côtés; il est fréquemment courbé en arrière comme dans l'opisthotonos.

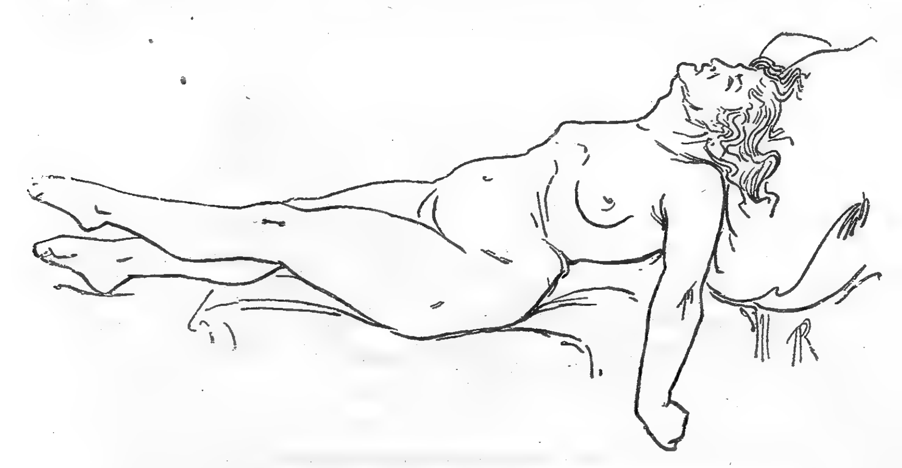


FIG. 21. — Phase tonique. Attitude tétanique se rapprochant de l'attitude passionnelle du crucifiement.

Telle est l'attitude qui paraît la plus commune, mais elle peut varier beaucoup.

Le tronc et les membres, diversement fléchis ou étendus, donnent

aux malades les positions les plus imprévues et les plus bizarres, que l'on serait tenté de confondre avec les contorsions de la deuxième période, dont nous parlerons plus loin, si l'on ne remarquait qu'au téta-



Fig. 22. — Phase tonique. Attitude tétanique.

nisme musculaire s'ajoutent ici deux phénomènes épileptoïdes importants : la perte de connaissance et le spasme de la respiration.

C'est ainsi que le corps, courbé en arrière et ne reposant plus que sur les pieds et la tête, peut simuler l'*arc de cercle*, et que les bras,



Fig. 23. — Phase tonique. Attitude tétanique.

étendus perpendiculairement au tronc, peuvent faire croire à l'attitude du crucifiement, qui est parfois une attitude passionnelle de la troisième période (fig. 21).

Enfin, il semble que la grande convulsion tonique du début puisse

être immobilisée à un moment quelconque de son évolution. Elle demeure interrompue par la tétanisation, qui vient en quelque sorte la fixer.

Marc..., qui présente à un si haut degré les grandes convulsions toniques dont nous avons parlé, offre également, et comme une conséquence naturelle, les attitudes les plus variées de la tétanisation. Les



FIG. 24. — Phase tonique. Attitude tétanique.

figures 22, 23 et 24, qui l'ont pour sujet, en sont autant de représentations que l'on pourrait multiplier à l'infini. Mais, par contre, l'immobilité tétanique ne dure que fort peu; et, dans quelque situation qu'il immobilise la malade, le tétanisme se résout bientôt, et la deuxième phase, celle des mouvements cloniques, apparaît.

§ 3. — PHASE CLONIQUE

La phase clonique commence par de rapides et brèves oscillations du membre tétanisé. Elle est marquée sur nos tracés par une suite de dentelures, d'abord très fines, qui succède à la ligne droite du tétanisme. Peu à peu les dents s'accusent davantage en même temps que la courbe baisse vers la résolution. Dans son ensemble, la phase clonique est représentée par une ligne de descente. Les secousses élémentaires, dont le plateau du tétanisme représente la fusion, deviennent de plus en plus accentuées. Enfin, suit souvent un plus ou moins grand nombre de grandes secousses très rapprochées les unes des autres et qui agitent le membre, alors qu'il n'existe plus trace de tétanisation. En effet, ces secousses sont marquées sur le tracé par de grands crochets, la plupart dicrotes, et dont la base ou point de départ est au niveau de la ligne de la résolution musculaire.

Les mouvements cloniques sont généralisés (fig. 25). Ils affectent tout le corps, les traits de la face sont agités convulsivement, la tête est animée d'oscillations rapides aussi bien que les membres. Mais le plus souvent ils prédominent d'un côté du corps, ils peuvent même s'y montrer exclusivement (fig. 26).

Ils surprennent la malade dans la position que lui a donnée la phase tonique, et à mesure que la résolution s'opère, le corps s'affaisse peu à

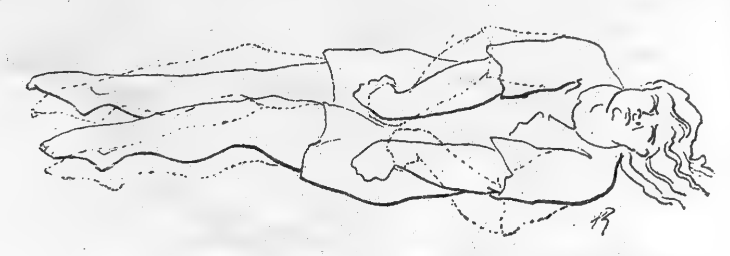


Fig. 25. — Phase clonique. Représentation schématique des mouvements cloniques.

peu et quitte par degrés l'attitude tétanique qu'il avait. En même temps la respiration suspendue reprend péniblement. Puis elle s'effectue dans le plus grand désordre, l'inspiration est sifflante et l'expiration saccadée; il y a parfois du hoquet; des mouvements bruyants de déglutition se produisent, et le ventre est agité de secousses avec borborygmes sonores.

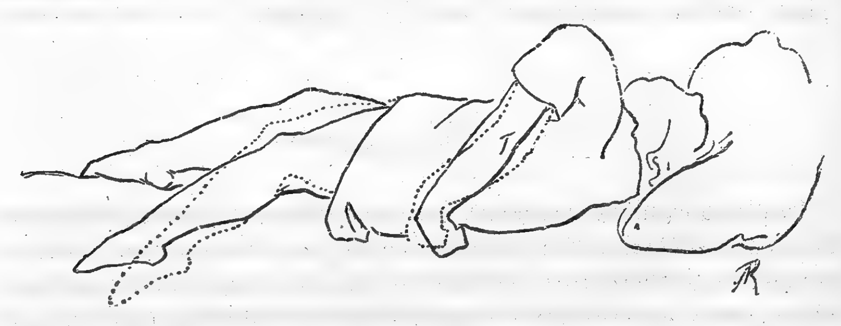


Fig. 26. — Phase clonique. Les mouvements cloniques sont limités au côté gauche.

Nos tracés pneumographiques montrent bien le désordre qui existe à ce moment dans le jeu des agents mécaniques de la respiration. Dans la respiration normale, l'ampliation thoracique se fait en même temps que le soulèvement de l'abdomen; et il ne peut en être autrement, puisque l'augmentation de la capacité de la cage thoracique se fait par un double moyen, le développement des côtes et l'abaissement du dia-

phragme. Or le diaphragme en s'abaissant refoule les viscères, et ceux-ci soulèvent la paroi abdominale, qui ne joue plus que le rôle d'une membrane élastique. Mais supposons que les muscles de la paroi abdominale se contractent brusquement, leur effort vient combattre et annihiler celui du diaphragme. C'est ce qui arrive dans la phase clonique dont il s'agit : les muscles de l'abdomen sont pris de convulsions cloniques comme celles de tout le corps, et il en résulte, entre les mouvements du thorax et ceux de l'abdomen, l'antagonisme nettement indiqué sur nos tracés (fig. 14) où l'on remarque :

1° D'abord un petit tremblement fin de toute la ligne, qui n'existe qu'au commencement de la phase clonique et coïncide avec les courtes et rapides oscillations de tout le corps.

2° Les crochets sont en nombre égal aux deux tracés, ce qui montre la relation constante qui existe entre les mouvements du thorax et ceux de l'abdomen.

3° Il sont très rapprochés, en moyenne deux à trois par seconde. Rapidité des mouvements respiratoires.

4° Ils sont irréguliers en hauteur, les petits s'entremêlant avec les grands. Inégalité des mouvements respiratoires.

5° Les crochets des deux tracés sont souvent opposés par leur pointe. Antagonisme du thorax et de l'abdomen.

Le gonflement du cou subit les mêmes variations : il diminue de volume à chaque inspiration, et les mouvements cloniques se trouvent aussi représentés par le tracé qu'il a fourni. Dans l'inspiration, les dépressions sus-claviculaires font saillir les sterno-mastoïdiens.

Toute la face est agitée de contractions qui se succèdent rapidement, et l'écume coule en abondance.

Cependant le calme se fait peu à peu, troublé seulement par les grandes secousses dont nous avons parlé, qui prédominent souvent aux membres supérieurs ou d'un seul côté du corps. La tête elle-même participe à ces mouvements, qu'on ne saurait mieux comparer qu'à ceux produits par une commotion électrique. Mais, d'abord très rapprochées, les secousses s'éloignent de plus en plus pour faire place au relâchement musculaire complet qui constitue la troisième phase de la période épileptoïde.

§ 4. — PHASE DE RÉSOLUTION MUSCULAIRE

Cette phase n'est pas représentée sur nos tracés, ou du moins le début seul y est indiqué. Le muscle est complètement relâché, il ne se produit

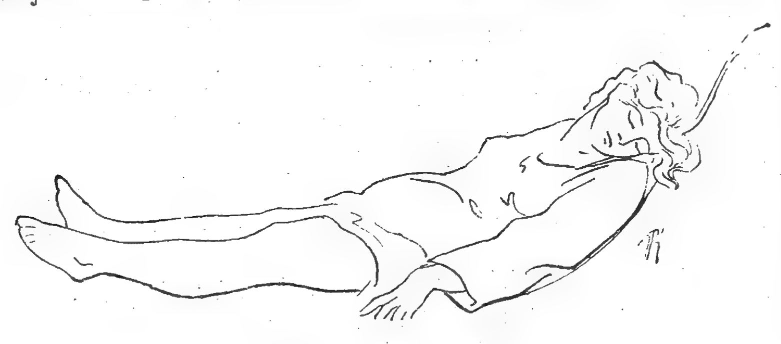


FIG. 27. — Phase de résolution.

aucun mouvement, et l'aiguille immobile du myographe ne saurait tracer qu'une simple ligne droite située au niveau le plus bas de la courbe.

Le corps est dans le décubitus dorsal; la tête s'affaisse le plus sou-



FIG. 28. — Phase de résolution. Quelques contractures partielles persistent.

vent sur une épaule, la face est encore congestionnée et légèrement bouffie, les yeux sont fermés, la respiration s'établit plus régulière, mais elle est parfois très bruyante. Il y a un véritable stertor, et la salive battue s'écoule des lèvres entr'ouvertes et soulevées par l'air expiré.

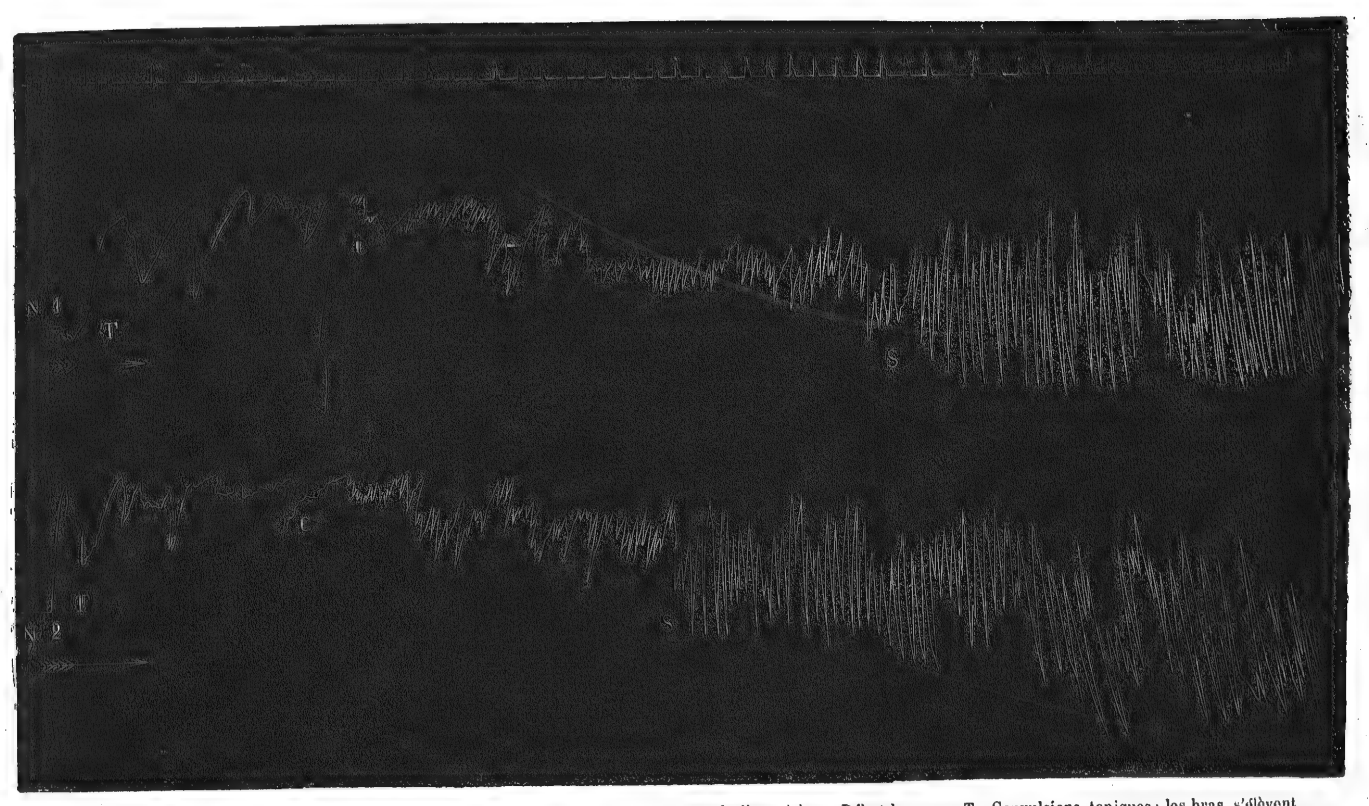


Fig. 29. — Tracés pris sur Gl.... Tambour myographique sur la partie antérieure de l'avant-bras. Début brusque. T. Convulsions toniques ; les bras s'élèvent et s'abaissent en se fléchissant. C. Convulsions cloniques. L'immobilité tonique fait défaut. S. Secousses.

Il n'est pas rare de voir cette phase modifiée par la persistance d'un phénomène qui régulièrement lui est étranger. La résolution musculaire peut être incomplète, et un certain degré de contracture persister dans tout le corps ou seulement dans un membre.

Cette contracture imprime à la malade, pendant la période du stertor, des attitudes variées (fig. 28).



Fig. 30. — Phase de résolution. Secousses générales.

Le sommeil est parfois interrompu par des secousses générales qui soulèvent complètement la malade et la font quelquefois se ramasser en boule (fig. 30). Elle y demeure fort peu de temps et retombe aussitôt dans un relâchement musculaire complet.

Les secousses peuvent être partielles, occuper les membres ou la face.

Très souvent les paupières sont animées de courtes et rapides oscillations.

§ 5. — DURÉE DE LA PÉRIODE ÉPILEPTOIDE ET DE SES DIVERSES PHASES. — ÉTAT DE LA PUPILLE PENDANT LA PÉRIODE ÉPILEPTOIDE

La période épileptoïde n'a guère de durée constante que dans ses deux premières phases : *tonisme* et *clonisme*. La phase de stertor et de résolution se prolonge d'une façon fort variable ; il est difficile de la séparer de l'intervalle de calme qui souvent se trouve entre la période épileptoïde et la deuxième période de l'attaque, et parfois elle manque complètement. En moyenne, on peut dire que la période épileptoïde dure dans son ensemble plusieurs minutes, deux, trois, quatre et cinq, rarement davantage. Mais, s'il est difficile d'être précis sur la durée de

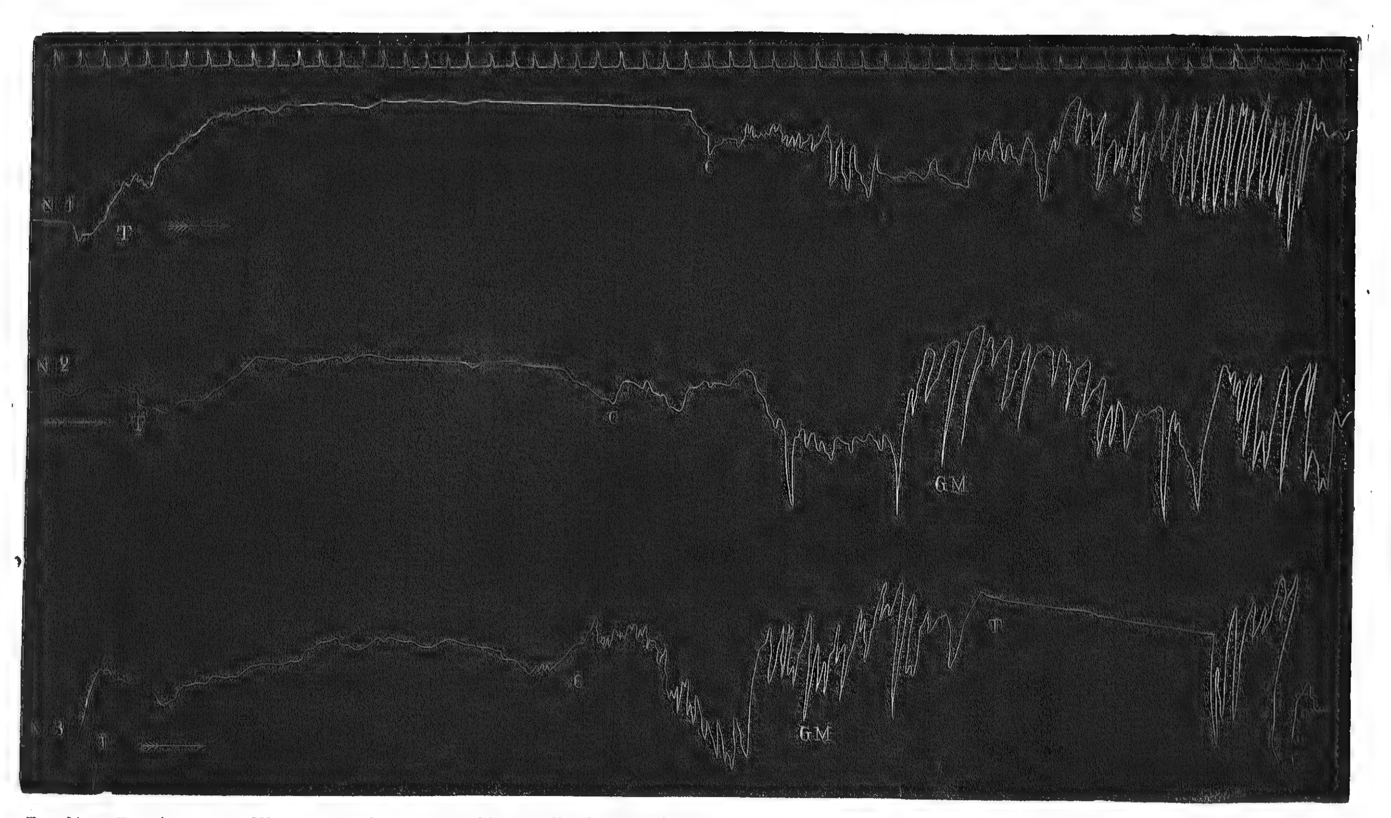


Fig. 31. — Tracés pris sur Wit... — Tambour myographique appliqué sur la région antérieure de l'avant-bras. — N° 1. Début progressif au tétanisme. Immobilité tétanique. C. Mouvements cloniques. S. Grands mouvements de tout le corps. Salutations. — N° 2. T. Tétanisme. C. Mouvements cloniques. G. M. Grands mouvements de tout le corps. S. Salutations. — N° 3. T. Tétanisme. C. Mouvements cloniques. G. M. Grands mouvements de tout le corps. T. Nouveau tétanisme, cri après lequel reprennent les grands mouvements. — On remarque la prédominance du tétanisme, l'absence complète de résolution, puisque les grands mouvements de tout le corps, qui font partie de la 2e période, succèdent immédiatement aux mouvements cloniques, enfin le peu de durée de la période épileptoïde tout entière.

toute la période épileptoïde, il n'en est pas de même relativement aux deux premières phases, qui, lorsqu'elles sont complètes, ont sous ce rapport une régularité remarquable. Des moyennes prises sur diverses malades et pendant plusieurs états de mal, alors que les attaques se répètent un grand nombre de fois, ont toujours donné un chiffre se rapprochant de soixante secondes.

Nos tracés ont été pris sur un cylindre dont la révolution s'accomplissait en soixante secondes. Et sur tous nous avons pu observer qu'un seul tour suffisait pour l'inscription des deux premières phases. Un chronographe marquant les secondes nous permet de mesurer les diverses phases elles-mêmes; les soixante secondes peuvent être divisées par moitié entre la phase tonique et la phase clonique. La phase tonique elle-même semble pouvoir être subdivisée en deux parties égales : soit quinze secondes pour les convulsions toniques et autant pour la tétanisation.

Toutefois il ne peut être question pour ces subdivisions que de moyennes très approximatives; car nous verrons que la durée de ces diverses phases est susceptible de grandes variations.

ÉTAT DE LA PUPILLE PENDANT LA PÉRIODE ÉPILEPTOIDE

Il résulte des observations de M. Féré qu'au moment où commence la phase tonique on voit la pupille se rétrécir rapidement, puis rester rétrécie tant que dure cette phase. Sitôt que les mouvements cloniques se produisent, la pupille se dilate fortement et la dilatation persiste pendant toute la durée de la période épileptoïde. « Certaines malades, ajoute M. Féré, sont sujettes à des attaques incomplètes qui augmentent les difficultés de l'observation de l'état de la pupille, surtout pour la contraction du début, qui est souvent extrêmement brève. Cependant on s'y retrouve assez facilement par un examen prolongé. Ces irrégularités offrent même quelquefois un intérêt particulier. Ainsi, chez une de nos malades qui, dans ses états de mal, a des attaques incomplètes constituées seulement par une période de grands mouvements avec arc de cercle (c'est ici la deuxième période de la grande attaque hystérique complète et régulière, dont il sera parlé tout à l'heure), j'ai observé plusieurs fois, avant le début de l'attaque, sans même trace de contraction tonique, une contraction pupillaire très énergique constituant une sorte de crise épileptoïde larvée; de sorte que ces attaques sont plus incomplètes en apparence qu'en réalité. »

Pendant les autres périodes de la grande attaque, que nous étudierons plus loin, les mouvements de la pupille ne sont pas moins

intéressants. J'en dirai un mot tout de suite. Pendant toute la deuxième période, celle des grands mouvements et des contorsions, la dilatation pupillaire persiste. Quand arrivent la période des attitudes passionnelles et celle du délire, on voit des oscillations très remarquables de la pupille, des alternatives de dilatation et de rétrécissement qui varient avec l'attitude du sujet et qui paraissent dues à la nécessité du mouvement d'accommodation provoquée par les différences d'éloignement des objets ou des personnes qui figurent dans l'hallucination [1].

§ 6. — QUELQUES OBSERVATIONS. — VARIÉTÉS DE LA PÉRIODE ÉPILEPTOIDE

Avant de signaler les diverses modifications dont est susceptible la première période de l'attaque, je crois qu'il ne sera pas superflu, pour servir de complément à la description générale qui précède, de rapporter ici quelques exemples concrets, choisis parmi celles de nos malades qui nous ont présenté la période épileptoïde dans son type le plus régulier et le plus complet.

Gl... (9 avril 1878). *Description de la période épileptoïde.*

Début. — Quelques secousses généralisées présagent le retour de l'attaque. Apparaissant d'abord à des intervalles éloignés, elles se précipitent par degrés, puis tout d'un coup :

1° *Phase tonique.* — *a*) *Grands mouvements toniques.* La respiration s'arrête, la perte de connaissance a lieu, tout le corps se contracte. La tête se raidit dans la situation droite, s'enfonçant entre les deux épaules ; la face devient bouffie et commence à se congestionner. Les yeux grands ouverts se convulsent. Strabisme en dedans de l'œil droit, contraction pupillaire ; la bouche est démesurément ouverte et laisse échapper quelques « Ah ! Ah ! » gutturaux. Les bras — le poignet fléchi, le pouce dans la paume de la main passant entre les doigts fermés — se fléchissent, amenant la main jusqu'au niveau de la face, le coude élevé, et s'étendent lentement en accusant le mouvement de pronation. Ce mouvement est répété plusieurs fois. En même temps les jambes reproduisent un mouvement analogue, se fléchissent et s'étendent avec lenteur dans la contraction de tous leurs muscles.

b) *Immobilité tonique* (pl. II, p. 39). — Puis les membres demeurent étendus et tétanisés : les bras dans l'adduction, l'avant-bras en pronation, le poignet et les doigts fléchis. Les poignets, rapprochés de la ligne médiane se touchent par leur face dorsale et se croisent quelquefois. Les genoux sont fortement appliqués l'un contre l'autre, les pieds tournés en pied bot équin varus. La congestion de la face est extrême, le cou énormément gonflé. Le

1. Ch. Féré, *Notes pour servir à l'histoire de l'hystéro-épilepsie.* Archives de Neurologie, n° 9, p. 287.

strabisme persiste. Tous les traits sont contractés, la bouche est fermée, la commissure labiale tirée des deux côtés en dehors et un peu en bas. L'écume apparaît aux lèvres.

2° *Phase clonique.* — Bientôt surviennent de petits mouvements brefs et rapides des membres, les traits sont agités convulsivement. L'amplitude de ces mouvements précipités augmente peu à peu ; ils gagnent tout le corps. En même temps qu'ils deviennent plus étendus, ils perdent de leur vitesse. La résolution musculaire s'opère peu à peu, et les convulsions cloniques dégénèrent en grandes secousses qui deviennent de plus en plus éloignées. La secousse est plus forte aux membres supérieurs qu'aux inférieurs, et du côté droit que du côté gauche.

3° *Phase de résolution.* — Enfin, le calme s'établit avec la résolution complète. La respiration s'exécute librement. Il n'y a point de stertor. — Le faciès est immobile, les yeux fermés. L'écume coule le long du menton.

Après un repos de courte durée, la deuxième période de l'attaque commence : les contorsions, les grands mouvements, etc., et la suite de l'attaque se déroule ainsi que nous dirons plus loin.

Marc... (3 avril 1878). *Description de la période épileptoïde.*

L'attaque débute par un mouvement rapide des paupières et une ondulation des parois de l'abdomen légèrement météorisé.

1° *Phase tonique.* — *a*) *Grands mouvements toniques.* — La tête tourne à gauche. La respiration est suspendue, les globes oculaires convulsés en haut roulent dans l'orbite, la pupille est dilatée. Tantôt les mâchoires sont serrées ; mouvement de diduction du maxillaire inférieur ; grincement de dents ; la lèvre inférieure proémine, les coins de la bouche sont fortement abaissés, il y a de l'écume. Tantôt la bouche est ouverte, et la langue sortie, se tord de diverses façons. Les bras, contracturés, passent alternativement devant la face en faisant une espèce de moulinet. Les poings sont fermés, ou les trois premiers doigts étendus. Les jambes se fléchissent et s'étendent alternativement, se croisent quelquefois. Le tronc se contourne et la malade, qui se trouve ramassée en boule, exécute parfois un tour complet sur elle-même (fig. 19).

b) *Immobilité tonique.* — De courte durée ; la malade se trouve dans les positions les plus bizarres et les plus variées (fig. 22, 23, 24).

Phase clonique. — Les petits mouvements cloniques, d'abord extrêmement menus, surprennent la malade dans l'attitude tétanique qui précède, et augmentent graduellement d'amplitude en même temps que les membres quittent peu à peu leur position première pour descendre vers la résolution. Les mouvements respiratoires sont bruyants et précipités. L'inspiration est sifflante et l'expiration saccadée fait entendre comme deux sanglots entrecoupés. Bientôt le relâchement musculaire est complet et les membres sont encore animés de grandes secousses qui s'éloignent peu à peu.

3° *Phase de résolution.* — Le stertor n'existe pas. Cette phase est marquée par un calme généralement assez court ; et la malade passe ensuite aux *grands mouvements* de la deuxième période.

Math... 13 juillet 1870. *Période épileptoïde.*

Début. — Les yeux se convulsent à droite et en haut. Quelques contractions dans le front.

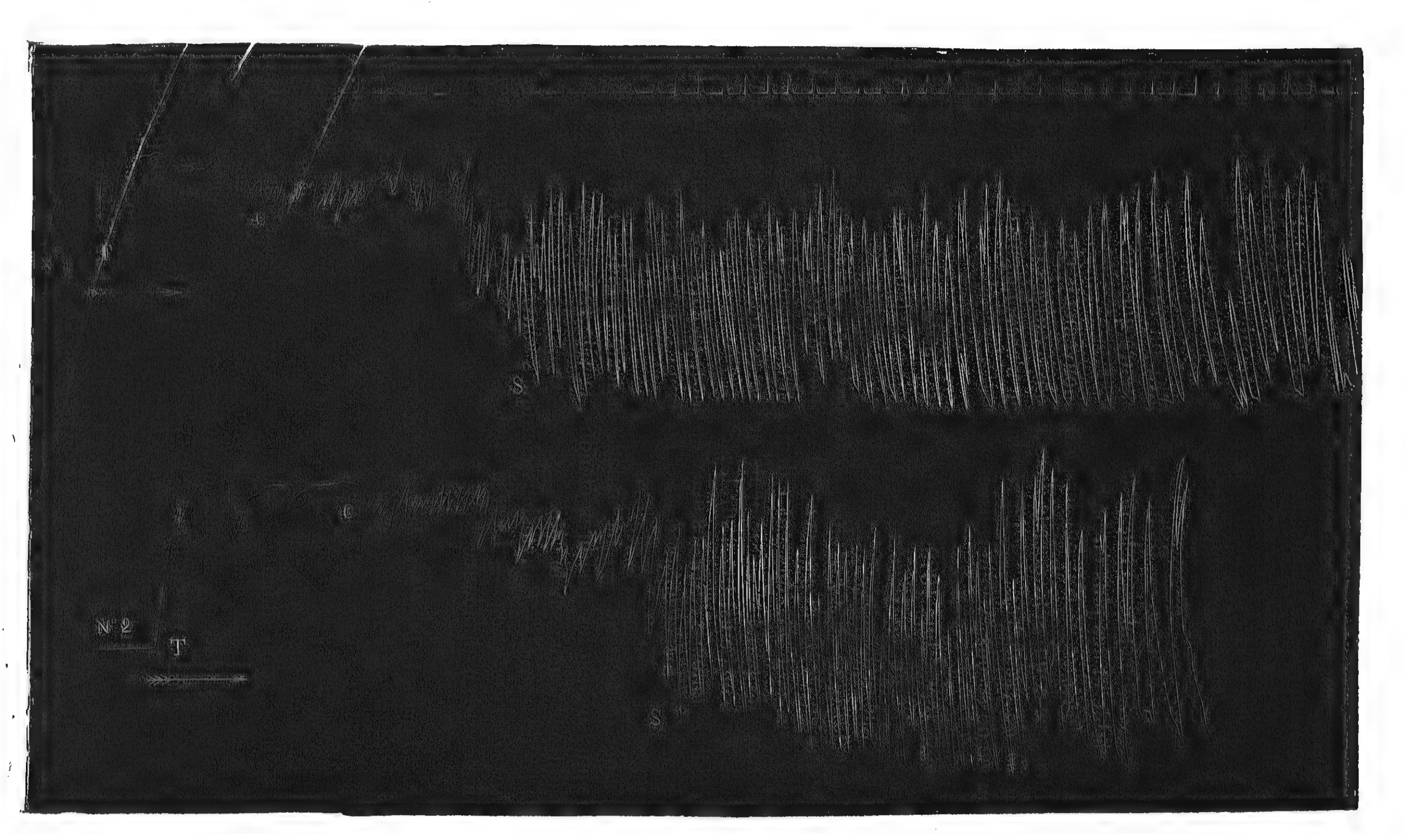


FIG. 32. — TRACÉS PRIS SUR GL... — Tambour myographique appliqué sur les muscles de la région antérieure de l'avant-bras. T. Convulsions toniques. C. Convulsions cloniques. S. Grandes secousses, remarquables par leur étendue.

1° *Phase tonique. — a) Grands mouvements toniques.* — Les bras, contracturés, exécutent de grands mouvements de circumduction, les poings fléchis et tordus, passent alternativement devant la figure. Les jambes s'élèvent, le tronc se contourne. La malade se trouve parfois à plat sur le ventre ; d'autres fois elle est sur le dos, ramassée sur elle-même. La face rougit, tous les traits se contractent et impriment à la physionomie l'expression du pleurer à chaudes larmes. La respiration, entrecoupée, fait entendre une longue plainte saccadée.

b) Immobilité tonique. — Bientôt la respiration se suspend, la congestion de la face est à son comble, et la malade demeure quelques instants dans une attitude variable et des plus étranges.

2° *Phase clonique.* — Suivent les petits mouvements cloniques généralisés semblables à ceux qui sont décrits dans les observations précédentes.

3° *Phase de résolution.* — La résolution s'accompagne de stertor et est entrecoupée de secousses généralisées.

Alphonsine Bar... Juin 1878. *Période épileptoïde.*

Début. — Fixité du regard ; la respiration bruyante se précipite, puis s'arrête brusquement.

1° *Phase tonique. — a) Mouvements toniques.* — La face se convulse et se congestionne, le front est contracté, sillonné de plis transversaux. Les yeux, convulsés en haut, tournent à droite et à gauche. Les paupières se ferment, animées de petits frémissements qui se retrouvent aussi dans le reste de la face. La bouche est tirée sur les côtés, l'écume sort des lèvres. — La tête se raidit, s'enfonce entre les deux épaules, la gorge se gonfle. Les bras se redressent, fléchis et contracturés, les jambes se fléchissent, le tronc se contourne.

b) Immobilité tonique. — La malade demeure rigide en diverses situations, le plus souvent les membres étendus, la tête renversée, le bassin soulevé, et le tronc tourné sur le côté.

2° *Phase clonique.* — Convulsions cloniques généralisées.

3° *Phase de résolution.* — La résolution est complète, le stertor prononcé, et l'écume coule en abondance.

Witt... 23 mars 1878. *Période épileptoïde.*

1° *Phase tonique. — a) Mouvements toniques.* — La tête tourne un peu sur le côté, la face est congestionnée, les traits contractés, le cou gonflé ; les yeux convulsés en bas et de côté. Il existe parfois du strabisme convergent. La respiration est suspendue et ne reprend que par instants pour faire entendre une inspiration sifflante. Les bras s'élèvent un peu et se contournent en reproduisant à l'état d'ébauche les mouvements de circumduction que nous avons vus si développés chez les autres malades citées précédemment. Quelquefois même ces mouvements n'existent pas du tout ; les bras se placent de suite en extension forcée, le poignet fléchi, et l'avant-bras en pronation. Les membres inférieurs sont dans l'adduction et l'extension forcée, le pied en pied bot équin ; ils se fléchissent parfois légèrement pour s'étendre ensuite.

b) Immobilité tonique. — Si les mouvements toniques sont peu accusés chez cette malade, par contre l'immobilité tonique se prolonge pendant un temps relativement long, comme on peut le voir sur les tracés de la figure 31.

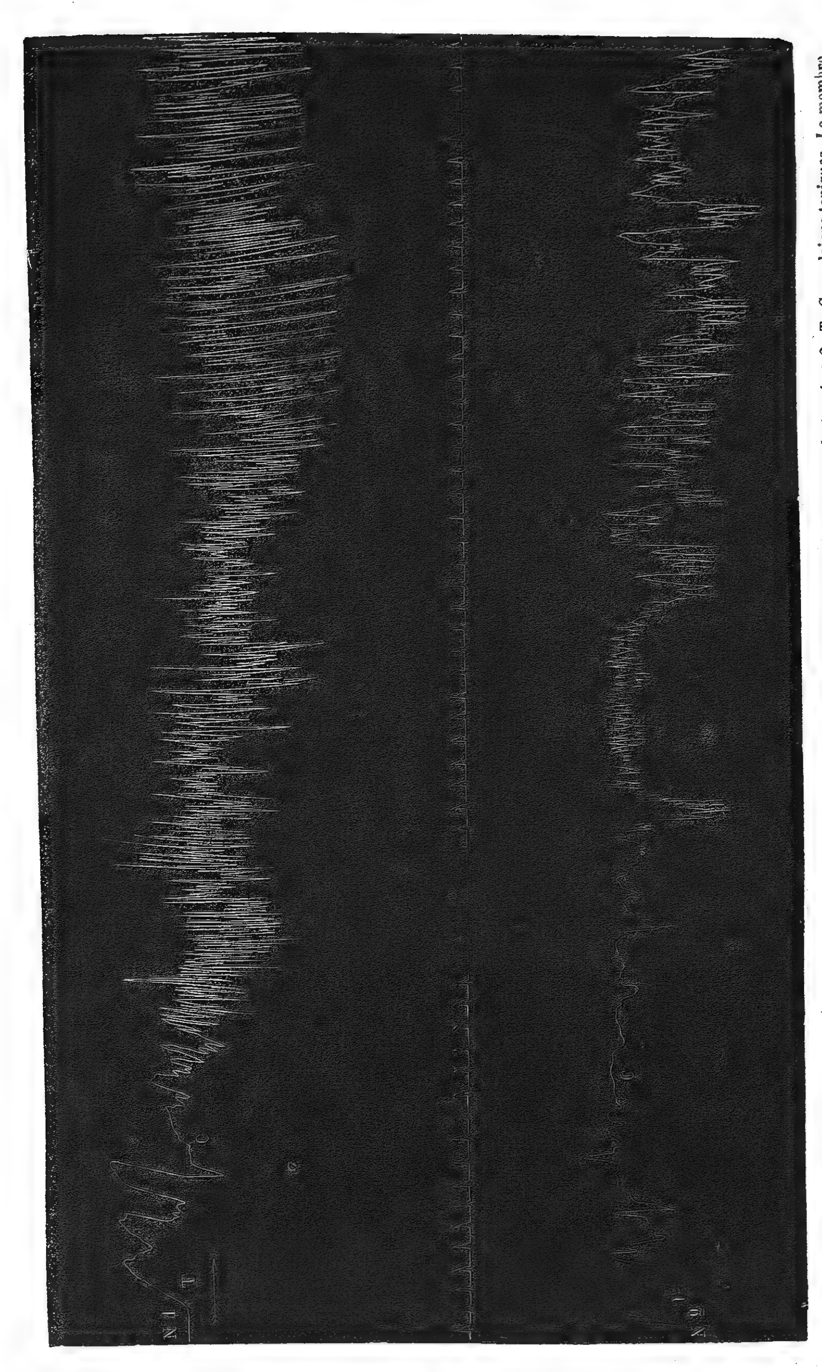


Fig. 33. — Tracés pris sur Gl... — Le tambour myographique a été appliqué sur le triceps fémoral pour le tracé n° 2. T. Convulsions toniques. Le membre inférieur s'étend et se fléchit tour à tour avec lenteur. Pas de tétanisme. C. Clonisme bientôt remplacé par les secousses.

Le plus souvent l'immobilisation se fait dans une attitude semblable à celle qui est figurée (pl. II, p. 39). Les membres sont dans l'extension, le tronc dans le décubitus dorsal; il arrive que l'attitude peut varier, un membre s'élevant un peu ou se fléchissant, le tronc se courbant en divers sens ; mais jamais nous n'avons observé chez Witt... les attitudes tétaniques si variées et si étranges que nous offre Marc...

2 *Phase clonique.* — Les mouvements cloniques sont très marqués. Ils agitent tout le corps et se terminent suivant la coutume par de grandes secousses qui se prolongent pendant le stertor.

3° *Phase de résolution.* — La résolution est complète, la tête retombe sur une épaule, l'écume coule des lèvres; la respiration reprend régulièrement, mais avec bruit, respiration stertoreuse. Les secousses qui, de temps à autre, agitent la malade se montrent plus fortes dans les membres supérieurs.

Telle est la période épileptoïde complète et régulière : mais elle peut subir quelques modifications et constituer ainsi des variétés qu'il est facile de rattacher au type que nous venons de décrire.

Elle se modifie surtout de deux façons : ou par excès, ou par défaut. L'une de ses phases se prolonge au détriment des autres; ou bien l'une de ses phases, ou même deux peuvent manquer. Ces deux modes de variation peuvent se combiner pour créer de nouveaux types : une phase peut se supprimer pendant qu'une autre prend une importance considérable. Enfin un élément étranger vient se surajouter à ceux qui d'ordinaire composent la période épileptoïde, par exemple : la contracture permanente et plus rarement l'hallucination.

L'on conçoit que sur ces données les variétés puissent se multiplier indéfiniment.

Voici cependant les principales qu'il nous a été donné d'observer.

a) Les grands mouvements toniques du début peuvent être très réduits ou manquer complètement. La tétanisation qui s'établit débute d'une façon progressive (fig. 31, n° 1) ou subite (fig. 31, n° 3).

b) D'autres fois au contraire ils représentent à eux seuls la phase tonique et l'immobilité tétanique manque absolument. Par exemple (fig. 34) :

La malade commence par exécuter quelques grandes convulsions toniques, et les petits mouvements cloniques suivent immédiatement.

Marc... 26 février 1878. — Les attaques se succèdent avec leurs trois périodes diversement accusées. La première période est écourtée. Les yeux se convulsent, la tête tourne à gauche, les bras exécutent le moulinet habituel. Clignotement des paupières, mouvement de diduction du maxillaire; grincement, ondulation du ventre, quelquefois un peu d'écume. Les jambes s'élèvent et se fléchissent.

Bientôt les jambes se détendent brusquement, et commencent les grands mouvements de la seconde période de l'attaque. Ici, la période épileptoïde est uniquement représentée par les grands mouvements toniques.

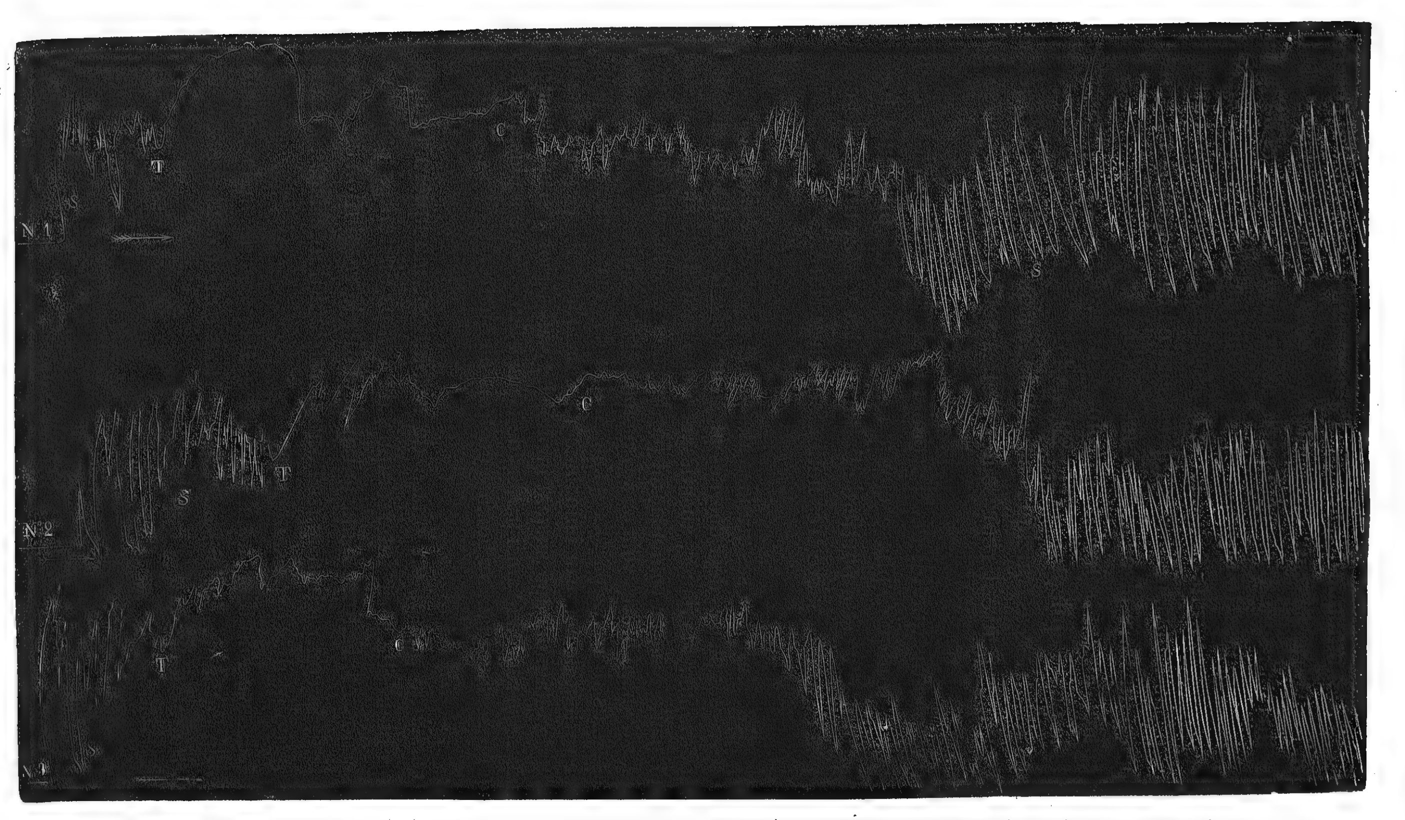


Fig. 34. — Tracés pris sur Gl... — Tambour myographique appliqué à l'avant-bras. S. Secousses du début. T. Grands mouvements toniques. Convulsions cloniques. S. Secousses.

Par leur exagération, ces convulsions toniques contribuent à donner à la variété démoniaque de l'attaque l'aspect effrayant qu'on lui connaît.

c) Je n'insisterai pas sur la variété des convulsions toniques et des attitudes du tétanisme. Il en a été parlé assez longuement lors de la description de la phase tonique. La phase tonique peut se prolonger et même représenter à elle seule toute la période épileptoïde de l'attaque.

d) Les petits mouvements cloniques sont constants, mais ils peuvent durer peu pour faire place aux secousses (fig. 32).

Quelquefois au contraire ils se prolongent et occupent la plus grande partie de la phase épileptoïde (fig. 29, nº 1).

e) Dans d'autres cas, quelques convulsions cloniques ou quelques secousses rapides peuvent représenter à elles seules toute la phase épileptoïde.

Il arrive parfois que les deux premières phases de la période épileptoïde, phase tonique, phase clonique, se répètent plusieurs fois de façon à prolonger cette partie de l'attaque et à y jeter un peu de confusion. Nous l'avons observé très nettement chez Marc...

9 avril 1878. Marc... a ses grandes attaques. La période épileptoïde se compose des diverses phases déjà décrites plusieurs fois. D'abord se montrent les grands mouvements toniques, aboutissant à une attitude tétanique variée qui se résout peu à peu, en commençant par les mouvements cloniques dont les oscillations d'abord brèves vont en augmentant et se terminent par de grandes secousses. Mais il arrive parfois qu'au milieu des mouvements cloniques le tétanisme revient de nouveau immobiliser les membres, il en résulte une nouvelle attitude tétanique que suivent bientôt les petits mouvements cloniques. Le tétanisme se reproduit ainsi parfois de façon à faire croire à plusieurs accès épileptoïdes se succédant au nombre de trois ou quatre.

La troisième phase, ou phase de résolution, manquera complètement, ou bien elle sera interrompue de temps en temps par de violentes secousses. Enfin, comme je l'ai déjà dit, la résolution est souvent incomplète, la contraction musculaire persistant d'une façon générale, ou sur un point du corps seulement.

Je me réserve d'étudier, au chapitre des attaques anormales, quelques variétés de l'attaque épileptoïde, qui parfois constituent à elles seules toute l'attaque d'hystéro-épilepsie.

2e PÉRIODE — PÉRIODE DE CLOWNISME



Fig. 1. Phase des grands mouvements



Fig. 2. Phase des contorsions

(Arc de cercle.)

A. Delahaye et E. Lecrosnier.

CHAPITRE III

DEUXIÈME PÉRIODE. — PÉRIODE DES CONTORSIONS ET DES GRANDS MOUVEMENTS (CLOWNISME)

Après un repos assez court, mais le plus souvent bien marqué, commence la deuxième période.

La deuxième période dans ses différentes phases et dans ses variétés semble répondre à un même principe et n'avoir qu'un seul but, celui d'une dépense exagérée de force musculaire. C'est, si l'on veut me passer une expression un peu vulgaire, la *période des tours de force;* et ce n'est pas sans raison que M. Charcot lui a donné le nom pittoresque de *clownisme*, rappelant par là les exercices musculaires auxquels se livrent les acrobates.

En effet, cette période comprend deux phases, celle des *attitudes illogiques* ou *contorsions*, et celle des *grands mouvements*, toutes deux exigeant une souplesse, une agilité et une force musculaire bien faites pour étonner le spectateur, et qui, au temps des convulsionnaires de Saint-Médard, avaient paru tellement au-dessus des ressources de la nature, que l'intervention divine seule semblait devoir les expliquer.

§ 1. — PHASE DES CONTORSIONS OU ATTITUDES ILLOGIQUES

Ici, la malade prend les positions les plus variées, les plus imprévues, les plus invraisemblables.

Parmi ces attitudes qualifiées d'*illogiques* par M. Charcot pour les

opposer aux attitudes de la troisième période, *attitudes passionnelles*, qui toujours sont la représentation d'une idée ou d'un sentiment, il en est une pour laquelle la plupart des malades semblent avoir une préférence marquée. Elle se reproduit chez presque toutes et à peu près de la même façon, et mérite le nom d'*arc de cercle*.

Attitude de l'arc de cercle. Le corps est courbé en arrière en forme d'arc, ne reposant sur le lit que par la tête et les pieds. Le ventre souvent météorisé forme le sommet de la courbe (pl. III, fig. 2). La rigidité de tous les membres est telle, qu'on peut déplacer la malade, la mettre sur le ventre ou sur le côté sans modifier cette attitude.

Cette forme de la contorsion se présente avec quelques variétés. Gen...., accumulant en quelque sorte les difficultés, soulève le plus souvent la jambe droite et ne repose plus que sur un seul pied.

La courbe du corps peut être plus ou moins accusée et la tête se rap-



Fig. 35. — Contorsion. — Arc de cercle.

procher des talons. Tantôt la tête ne participe pas à l'arc de cercle, et la malade repose sur la partie supérieure du dos (fig. 36) ; tantôt, au contraire, la tête portée, au dernier degré de l'extension, se rapproche des talons et la face tout entière repose sur l'oreiller (fig. 44).

Au lieu de reposer sur les pieds et sur la tête, la malade peut ne porter que sur un point du ventre, le reste du corps conservant sa position courbée. Quelquefois elle repose sur le côté (fig. 37).

Enfin, au lieu d'être courbé en arrière, le corps se fléchit, formant un arc de cercle anguleux à concavité antérieure[1].

1. Il est facile de ramener toutes ces variétés de l'arc de cercle à plusieurs types principaux que l'on pourrait désigner ainsi : 1° La malade étant courbée en arrière (opisthotonos), et par là même le plan *antérieur* du corps formant la convexité de l'arc, le décubitus peut être dorsal (fig. 35), c'est l'*arc de cercle antérieur dorsal ou droit;* le décubitus peut être

Parmi toutes ces variétés qui peuvent se multiplier encore, on reconnaît facilement que l'*arc de cercle* est caractérisé au milieu de la contracture généralisée des muscles par la prédominance d'action des extenseurs



FIG. 36. — Contorsion. — Arc de cercle incomplet.

sur les fléchisseurs, et se rapproche en cela de l'opisthotonos. On ne saurait cependant confondre la contorsion hystérique avec l'attitude tétanique. Et il suffira de jeter un coup d'œil sur la figure 38, pour en



FIG. 37. — Contorsion. — Arc de cercle, la malade reposant sur le côté.

saisir les principaux caractères différentiels. Cette figure est le décalque minutieux d'un dessin du célèbre médecin anglais Charles Bell représentant un soldat atteint d'opisthotonos à la suite d'une blessure à la

latéral (fig. 37), c'est l'*arc de cercle antérieur latéral;* ou bien enfin le décubitus est abdominal (fig. 46), c'est l'*arc de cercle antérieur abdominal* ou *renversé*. 2° Si, au lieu d'être courbée en arrière, la malade est courbée en avant (emprosthotonos), le plan *postérieur du* corps forme la convexité de l'arc, et l'on peut désigner cette attitude sous le nom d'*arc de cercle postérieur* (fig. 45), qui est susceptible des mêmes variétés, suivant que le décubitus est *dorsal, abdominal* ou *latéral*. 3° Enfin, bien que nous l'ayons observé moins souvent, la malade peut être courbée sur le côté (pleurothotonos), et cette attitude peut se combiner avec le décubitus dorsal ou abdominal. Chacune de ces variétés peut être complète ou incomplète.

tête. On remarquera particulièrement la contracture de la face et le rictus spécial sur lequel tous les auteurs qui ont traité du tétanos ont insisté, et que Ch. Bell a si bien représenté sur son dessin.



FIG. 38. Véritable opisthotonos, d'après Ch. Bell. L'esquisse originale est au Collège des chirurgiens d'Édimbourg. « J'ai pris ce dessin sur des soldats blessés à la tête à la bataille de Coronne. Trois hommes étaient semblablement atteints et dans un espace de temps assez court présentèrent les mêmes symptômes, de sorte que le caractère de l'affection ne pouvait être méconnu. » *The Anatomy and philosophy of expression as connected with the fine arts*. By sir Charles Bell. — London, 1872.)

Dans l'arc de cercle hystérique, bien que les mâchoires soient fortement serrées l'une contre l'autre, les traits sont le plus souvent sans expression. La contracture de la face et la distorsion des lignes du vi-



FIG. 39. — Contorsion.

sage qui en résulte, se rencontrent plutôt dans les autres variétés de contorsions.

La courbure du tronc diffère peu dans les deux cas. Mais la dépres-

sion abdominale, qu'on observe sur le dessin de Ch. Bell, s'éloigne beaucoup de la tympanite qui soulève les parois du ventre chez la plupart de nos malades. De plus, les membres inférieurs du tétanique, complè-

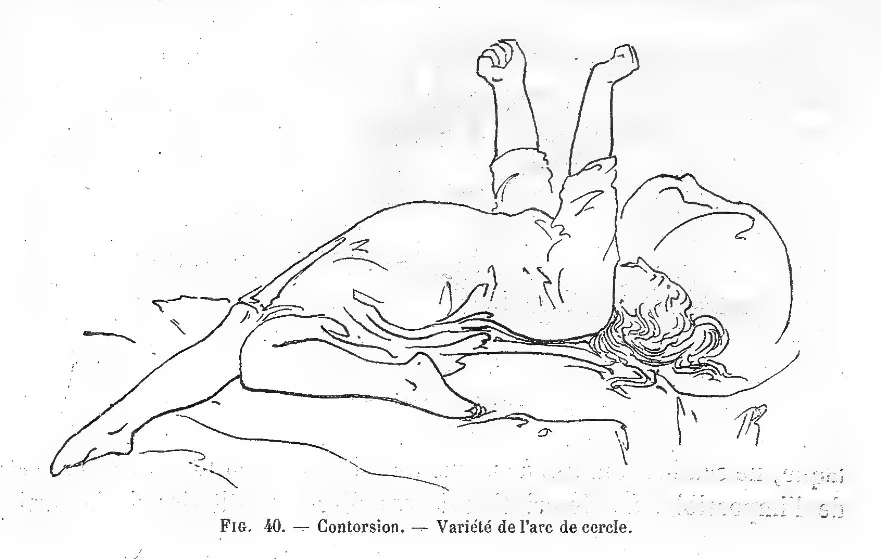


FIG. 40. — Contorsion. — Variété de l'arc de cercle.

tement rigides dans l'extension, ne reposent sur le lit que par les talons tandis que nous avons toujours observé que les genoux légèrement fléchis permettent aux hystériques de reposer sur le lit par la plante du pied.



FIG. 41. — Contorsion.

On ne saurait trop insister sur cette forme de la contorsion hystérique. Nous avons observé l'arc de cercle chez presque toutes nos malades; nous verrons dans les observations que nous avons pu recueillir en dehors de la Salpêtrière, en France comme à l'étranger, que l'arc de

cercle n'est pas moins fréquent[1], et dans les épidémies convulsives l'attitude de l'arc de cercle est souvent signalée.

Enfin, la situation que peut prendre le corps dans cette phase de l'attaque, ne semble soumise à aucune loi, si ce n'est la loi de l'étrange et de l'impossible. La description de ces diverses attitudes deviendrait fastidieuse, et pour en donner une idée on permettra à la plume de céder la place au crayon (fig. 39, 40, 41, 42 et 43).



Fig. 42. — Contorsion.



Fig. 43. — Contorsion.

Lorsque les muscles de la face participent à la contracture générale, on voit se produire les expressions les plus terrifiantes. Les yeux sont grands ouverts, les pupilles convergent parfois en un strabisme effrayant ou bien se cachent complètement sous la paupière supérieure. Les sourcils sont contractés, la bouche béante et la langue sortie. Les traits,

1. Des observations publiées en Amérique par Mills sont accompagnées de dessins représentant des malades dans l'attitude de l'arc de cercle. La ressemblance avec ce que nous avons pu observer ici est frappante. (Voy. plus loin, chap. des observations.)

tirés en divers sens, rendent la face asymétrique. C'est l'image des possédés.

D'autres fois l'expression de la physionomie est moins terrible, et se rapproche davantage des contorsions grimaçantes des clowns.

Les contorsions se distinguent des attitudes tétaniques de la période épileptoïde, en ce que leur durée est beaucoup plus longue. La même attitude, l'*arc de cercle*, par exemple, est souvent gardée par Gen... pendant cinq à dix minutes. De plus, la respiration s'exerce plus ou moins facilement, mais elle n'est pas suspendue. Le spasme respiratoire n'existe pas, d'où l'absence de turgescence de la face. Il n'y a pas d'écume. On ne voit point non plus apparaître les petits mouvements cloniques qui sont la terminaison des attitudes toniques de l'épilepsie.

Si dans quelques cas les contorsions suivent la période épileptoïde de si près qu'elles semblent se confondre avec elle et que la distinction entre les attitudes tétaniques de la première période dont nous avons parlé, et les attitudes illogiques de la deuxième période dont il s'agit, devient difficile, il en est d'autres, au contraire, où la confusion n'est plus possible. Les exemples ne sont pas rares, dans lesquels les contorsions apparaissent dans l'ordre indiqué, nettement séparées de la période épileptoïde. Il suffira d'en citer quelques-uns :

Gl... (25 mars 1878) est en attaque depuis 9 heures du matin. Les diverses périodes se succèdent ainsi :

La *première période* existe dans son entier développement et avec ses diverses phases telle qu'elle est décrite page 61. Les grands mouvements toniques ont lieu, puis l'immobilité tonique, et les convulsions cloniques se produisent suivant la règle, s'atténuant peu à peu pour faire place aux secousses, puis à la résolution musculaire. La première période est complète et bien terminée.

Deuxième période. — Après un repos de quelques minutes pendant lesquelles la malade semble dormir, elle se tord tout à coup, prenant les attitudes les plus étranges, qui se succèdent sans transition (fig. 41 et 42). La figure grimace horriblement, elle tire la langue. La fixité de son regard fait qu'on se demande si elle n'a pas quelque effrayante vision. Elle semble se débattre par instants; l'abdomen est météorisé, agité de secousses répétées, avec borborygmes sonores. La malade pousse de petits cris étouffés. C'est cette phase qu'il convient de désigner sous le nom de phase des contorsions. Elle est immédiatement suivie des grands mouvement rythmiques qui revêtent la forme de « salutations » et sont accompagnés de cris.

Troisième période. — Surviennent ensuite les scènes mouvementées de la troisième période et les attitudes passionnelles dont il sera parlé plus loin.

L'attaque se répète ainsi un grand nombre de fois, toujours semblable à elle-même.

Gl... (3 avril). Attaques. Début par des secousses d'abord éloignées qui se

rapprochent. La *première période* est marquée par les grands mouvements toniques et le tétanisme ; puis les mouvements cloniques et les secousses multipliées.

Quelquefois le repos se prolonge et l'attaque s'en tient là, pour recommencer par la première période au bout de quelques instants.

Ou bien, après un instant de calme les autres périodes se succèdent dans leur ordre habituel. On voit alors se produire les *attitudes illogiques*, dans leur bizarrerie, puis les grands mouvements rythmiques et les attitudes passionnelles de la troisième période, avec les hallucinations et le délire.

Je pourrais multiplier les observations de ce genre, toutes également probantes. Je me bornerai à consigner une autre observation dans laquelle les attitudes illogiques avec tous leurs caractères, et parfaitement distinctes de la première période, apparaissaient sous trois formes différentes, se succédant avec une précision presque mathématique, avec les mêmes caractères et toujours dans le même ordre à chacune des attaques qui composaient la série.



FIG. 44. — Contorsion. — Arc de cercle.

Suzanne N..., dans une série d'attaques que nous avons occasion d'observer le 28 juin 1879, présente une suite d'*attitudes illogiques* qui, à chaque attaque, se reproduisent dans le même ordre et de la même façon. Ces attitudes illogiques sont au nombre de trois.

Après une *première période* épileptoïde fort bien marquée par la raideur tonique, la congestion de la face avec écume aux lèvres et les mouvements cloniques généralisés, survient la *deuxième période* qui débute par les grands mouvements. La malade exécute sur son lit un grand saut qui rappelle celui de Marc... (fig. 51). Elle le reproduit plusieurs fois de suite en poussant de grands cris, puis tout à coup s'arrête dans la position de l'*arc de cercle*, les pieds fort rapprochés de la tête et le ventre très proéminent (fig. 44). Elle de-

meure ainsi une à deux minutes, puis elle retombe sur son lit, et se place presque aussitôt dans la situation figurée ci-dessous (fig. 45), qui est une sorte d'arc de cercle à concavité antérieure. Bientôt, mue comme par un ressort, elle se jette sur le ventre dans l'attitude représentée figure 46, qui est la *troi-*



Fig. 45. — Contorsion.

sième attitude illogique, ou *contorsion*, par laquelle elle passe avant d'arriver à la *troisième période* de son attaque. En effet, il se produit encore quelquefois plusieurs *grands mouvements* qui consistent en une sorte de mouvement de roulis, la malade étant couchée sur le dos et tournant rapidement tout le



Fig. 46. — Variété de l'arc de cercle.

corps de côté et d'autre; puis surviennent les hallucinations et les *attitudes passionnelles* qui marquent la troisième période. Cette dernière forme de la contorsion (fig. 46) peut être considérée comme un *arc de cercle* renversé, la malade reposant sur le sommet de l'arc, c'est-à-dire sur le ventre, au lieu de reposer sur ses deux extrémités, c'est-à-dire sur la tête et les pieds.

Lorsque cette phase des contorsions est suffisamment développée, comme dans l'exemple précédent, on voit les attitudes illogiques se succéder parfois nombreuses, et la malade passe de l'une à l'autre sans transition. Tantôt elles sont en quelque sorte stéréotypées et se reproduisent toujours avec les mêmes caractères; tantôt leur variété ne connaît pas de bornes.

§ 2. — PHASE DES GRANDS MOUVEMENTS

Ces mouvements se séparent de ceux de la phase clonique en ce qu'ils sont beaucoup plus étendus et n'ont aucune relation avec la tétanisation. Ils ne sont pas compatibles avec un degré quelconque de contrac-



Fig. 47. — Grands mouvements. — « Salutations. »

ture, et une des conditions de production est le relâchement musculaire complet.

Ces mouvements sont exécutés par le corps tout entier ou par une partie du corps seulement.

A. — Le même mouvement se reproduit un certain nombre de fois de suite, quinze à vingt fois, avec une grande rapidité et une régularité qui ne se dément pas.

Le plus fréquent de ces mouvements est celui représenté ci-dessus (fig. 47). Il consiste en une flexion brusque du tronc, le front vient heurter les genoux, puis le corps se redresse vivement, et le dos et la tête frappent avec violence l'oreiller. Dans ce mouvement d'extension la malade prend un point d'appui avec ses pieds sur son lit, les jambes étant à demi fléchies.

Au lieu d'être exécuté par la partie supérieure du corps, ce grand mouvement est reproduit d'une façon analogue par les jambes seule-

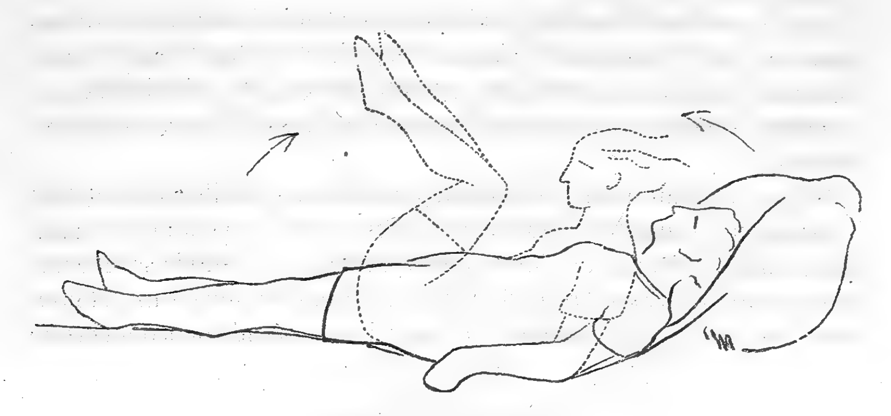


FIG. 48. — Grands mouvements.

ment, ou bien la tête et les jambes participent à la fois au mouvement (fig. 48).

D'autres fois, le mouvement est plus local, il est exécuté par un seul

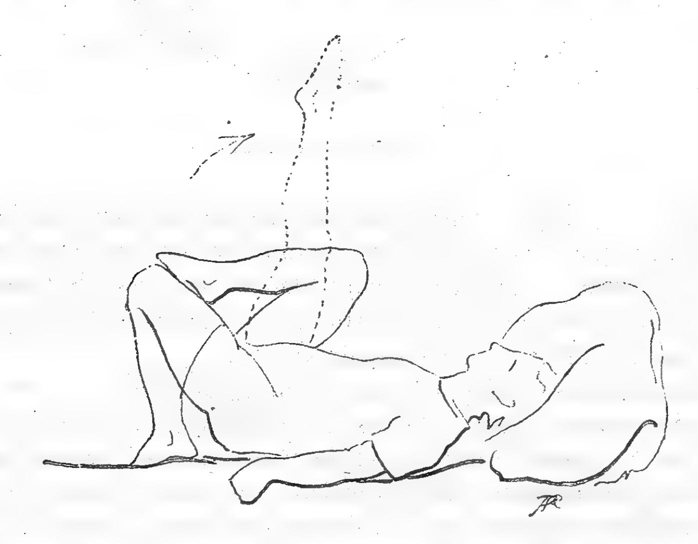


FIG. 49. — Grands mouvements limités à un seul membre.

membre. Le pied droit, par exemple, vient frapper le genou gauche (fig. 49); ou bien la malade réunit les deux bras en avant pour les lancer de côté avec violence.

Ler... se soulève, tout le corps reposant sur les pieds et la tête seulement, puis elle se laisse retomber sur le lit. Elle rebondit ainsi quinze à vingt fois de suite (fig. 50).

Marc... exécute encore un grand mouvement qui a beaucoup plus d'ampleur (fig. 51) ; elle lance les jambes en l'air et, passant par les trois positions figurées ci-contre, elle retombe sur son lit, qui fait office de tremplin, et ce grand mouvement recommence jusqu'à dix et quinze fois de suite.

Le plus ordinairement, ces grands mouvements, qu'ils affectent tout le corps ou les membres seulement, se font, ainsi qu'on a pu le remarquer, dans le sens de l'axe longitudinal du corps qui semble se mouvoir autour d'un axe transversal. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et nous avons pu observer une malade chez laquelle les grands mouvements de



FIG. 50. — Grands mouvements du tronc.

la deuxième période se passaient en quelque sorte en sens inverse, c'est-à-dire que la malade roulait autour de son axe longitudinal. L'observation de cette malade, entrée dans le service de M. Charcot le 30 décembre 1880, a été publiée dans les *Archives de Neurologie* par notre ami Ch. Féré, alors interne du service.

Après une phase épileptoïde assez courte, la malade se trouve complètement tournée de côté, le nez dans l'oreiller, « puis le corps tout d'une pièce se porte brusquement du côté opposé en tournant autour de son axe longitudinal, puis reprend avec la même brusquerie sa position primitive, et ainsi de suite. Elle fait ainsi une douzaine de demi-rotations avec une grande rapidité et une grande violence ; quelquefois elle se heurte le visage avec une telle force sur son oreiller qu'elle a des épistaxis. Quand ce mouvement de roulis s'arrête, elle reste un instant d'aplomb sur le dos, puis le tronc se lève assez posément, se fléchit sur le bassin pour faire avec les membres inférieurs étendus un

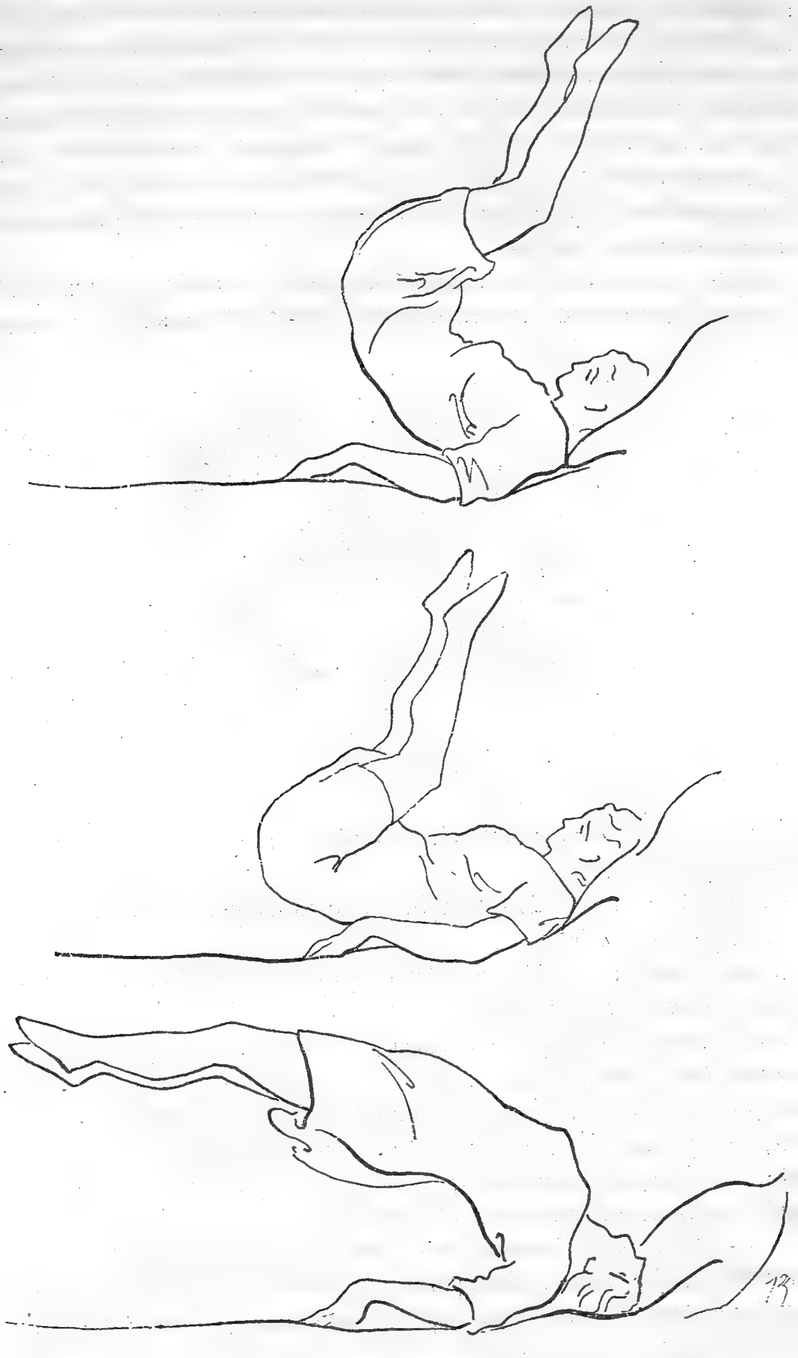


FIG. 51. — Grands mouvements. — Variété remarquable par l'étendue du mouvement. — La malade passe successivement par les trois positions figurées ci-dessus.

angle de 45° environ; elle se rejette brusquement en arrière, la tête sur l'oreiller; elle recommence cette espèce de mouvement de tangage deux ou trois fois. Revenue dans la position horizontale, elle se frappe trois ou quatre fois la poitrine avec ses deux poings, ensuite elle allonge les deux bras sur les côtés du corps et frappe sur le matelas aussi trois ou quatre coups[1] ». Souvent les mouvements de roulis déjà décrits recommencent, et l'attaque se termine par quelques hallucinations et une courte phase de délire.

Cri. — Cette phase est souvent marquée au début par un cri d'un caractère tout spécial. Il est perçant, semblable à un sifflet de locomo-



FIG. 52. — Cri.

tive, prolongé et parfois modulé. Il se répète plusieurs fois de suite, le plus souvent trois fois.

La malade s'enfonce dans son lit ou se ramasse sur elle-même pour pousser ce cri (fig. 52).

Il se produit avant les grands mouvements réguliers, entre deux grands mouvements ou après.

Il est distinct de celui qui s'observe à la même période, au milieu des mouvements désordonnés.

B. — Les grands mouvements, en effet, n'ont pas toujours la régularité que je viens de décrire. Ils consistent parfois en une sorte de lutte. La malade se tourne dans tous les sens, elle essaye de se débarrasser des liens qui la retiennent (fig. 53).

C. — Survient quelquefois une sorte de rage. La malade entre en furie contre elle-même. Elle cherche à se déchirer la figure, à s'arracher les cheveux; elle pousse des cris lamentables. Ler... se frappe si

1. Ch. Féré, *Archives de Neurologie*, n° 8, page 165.

violemment la poitrine avec son poing, qu'on est obligé d'interposer un coussin.

La malade s'en prend aux personnes qui l'entourent, elle cherche à

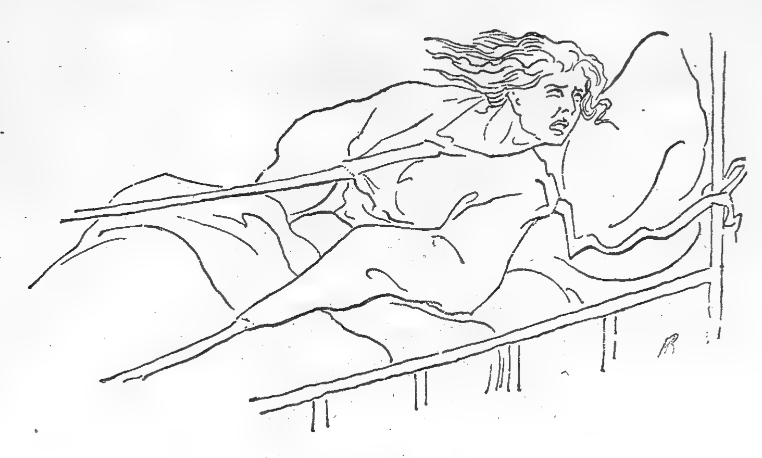


FIG. 53. — Lutte.

mordre (fig. 54). Si elle ne peut les atteindre, elle déchire tout ce qui est à sa portée, ses draps, ses vêtements.



FIG. 54. — Rage.

Elle pousse alors de véritables cris de rage ou des hurlements de bête fauve (fig. 55).

Elle frappe son lit de la tête en même temps que des poings, répétant ce mouvement jusqu'à satiété, puis la tête est animée d'un mouvement

de rotation rapide. Elle se redresse, jette les bras de tous côtés, fléchit les jambes pour les étendre brusquement, secoue la tête en la balançant



FIG. 55. — Cris de rage.

d'avant en arrière et en poussant de petits cris rauques; ou bien, assise, elle tourne alternativement la partie supérieure du tronc de côté et



FIG. 56. — Mouvements désordonnés.

d'autre, en faisant une sorte de salut et en agitant les bras (fig. 56). Ces mouvements sont entremêlés de cris et se prolongent souvent fort long-

temps. J'ai vu Gen... s'agiter ainsi pendant près d'une demi-heure. Elle est essoufflée, la face est congestionnée, le cou gonflé; la respiration, précipitée, est accompagnée d'un bruit analogue à celui d'un soufflet de forge. Et cependant rien n'arrête la rapidité de ses mouvements.

Gen..., 18 avril 1878. Attaques remarquables par une prolongation de la deuxième période marquée par les mouvements les plus variés.

Première période. — Tétanisme généralisé suivi de convulsions cloniques dans les membres et dans la face. L'écume coule des lèvres. Suit un sommeil stertoreux peu accusé. La première période dure de une à deux minutes.

Deuxième période. — Commence par une contorsion dans l'attitude de l'arc de cercle. Puis grands mouvements de salutation qui perdent bientôt de leur régularité. Gen... se tourne de côté et d'autre, elle se débat, ses mouvements répétés ressemblent aux allures d'une bête fauve qui se démène dans sa cage. De temps en temps elle pousse un cri rauque. Elle cherche à mordre. Elle ne demeure pas une seule minute en repos. La face est très congestionnée, le cou se gonfle, sa respiration haletante imite le bruit d'un soufflet de forge. Divers mouvements se succèdent sans interruption : tantôt tout le tronc exécute un mouvement de va-et-vient d'arrière en avant ou de gauche à droite; la tête se fléchit et s'étend en même temps qu'elle subit un mouvement de rotation rapide; les jambes frappent le lit, se fléchissent et s'étendent brusquement; les bras donnent du poing dans le vide. Enfin l'agitation échappe à une description régulière.

La deuxième période, composée uniquement de ces mouvements variés, dure en moyenne vingt à vingt-cinq minutes.

Troisième période. — Puis Gen... appelle Camille.... etc. La troisième période dure peu.

L'attaque se reproduit avec les mêmes caractères.

Enfin, les *grands mouvements* de la deuxième période sont susceptibles de nombreuses variétés, dont le classement devient difficile. Pour en citer un exemple, je rapporterai le fait d'une malade de la Salpêtrière que j'ai eu l'occasion d'observer récemment. A la deuxième période de son attaque, elle imite le bruit d'une locomotive qui se met en marche, et l'accompagne de mouvements rythmés de tout le corps et des bras particulièrement.

5 juillet 1879. Math... est en attaque au moment de la visite. Ses attaques sont presque exclusivement composées de la deuxième période qui se prolonge et revêt une forme qui s'éloigne du type vulgaire.

La *deuxième période* est représentée par quelques grands mouvements toniques suivis de convulsions cloniques : tout d'un coup la respiration s'arrête, la face se congestionne, les traits sont contractés, les bras s'élèvent et s'abaissent lentement en formant une sorte de moulinet, les jambes se fléchissent et s'étendent avec lenteur; puis la malade s'immobilise dans une attitude qui

peut varier le plus souvent, les membres étendus et le tronc demi-courbé en avant, et alors surviennent les petits mouvements cloniques généralisés. Cette période dure fort peu de temps.

Deuxième période. — Après un instant de repos, ou bien tout de suite, la malade se place en arc de cercle en poussant à plusieurs reprises un cri perçant et prolongé qui ressemble au sifflet d'une locomotive. Mais il semble qu'elle prenne à tâche d'imiter le chemin de fer jusqu'au bout. Après le sifflet elle se laisse retomber étendue sur le dos ; alors sa respiration d'abord calme devient bruyante, elle se précipite de plus en plus, et ne saurait être mieux comparée qu'au bruit de la vapeur d'une locomotive qui se met en marche et peu à peu accélère son mouvement. L'inspiration est sifflante et l'expiration bruyante, saccadée, fait entendre un double bruit dont la consonnance est celle du *ch* de la prononciation française. L'abdomen est en même temps animé d'ondulations qui suivent les mouvements de la cage thoracique et sont dus à la contraction spasmodique du diaphragme. D'abord lents, ces bruits inspiratoires et expiratoires se précipitent peu à peu, augmentant à la fois de vitesse et d'intensité. La tête, droite, renversée en arrière dans l'oreiller, suit les mouvements saccadés que cette respiration singulière imprime au tronc. Les yeux sont ouverts, convulsés en haut et à gauche. Les traits ne sont point grimaçants, mais la face est congestionnée. Bientôt le mouvement, en même temps qu'il augmente de rapidité, s'étend et gagne les membres. Les bras, par des mouvements alternatifs de flexion et d'extension, sont déjetés en dehors et frappent le lit suivant le rythme de la respiration ; les jambes se fléchissent et s'étendent en suivant la même mesure. La congestion de la face augmente, la sueur perle sur le visage, et, arrivée au dernier degré de violence et de rapidité, la malade retombe épuisée, ou, se ramassant sur elle-même, pousse un nouveau cri strident et recommence le même manège. Les cris et les mouvements que je viens de décrire s'entremêlent et se répètent, prolongeant ainsi indéfiniment la deuxième période, qui peut durer sans trêve jusqu'à cinq et dix minutes.

Troisième période. — J'ai observé la malade près d'une heure et je n'ai vu qu'une seule fois quelques mouvements de frayeur, et des phrases entrecoupées marquer la troisième période. Le plus souvent les convulsions toniques décrites plus haut, survenant tout d'un coup, indiquaient le début d'une nouvelle attaque où se reproduisaient les mêmes mouvements.

10 juillet. *Grande attaque.* La deuxième période est marquée par l'arc de cercle et l'imitation du chemin de fer déjà décrite. Au milieu de l'agitation des bras, on remarque un mouvement qu'elle répète assez souvent, et par lequel la main se meut circulairement dans un plan vertical. Les mouvements se passent surtout dans le côté droit du corps, où ils ont beaucoup plus d'étendue.

13 juillet 1879. Attaques plus complètes que celles du 5 juillet. La première période, ou période épileptoïde, s'y présente avec ses diverses phases et suit l'évolution régulière que nous avons décrite plus haut. La troisième période, ou période des *attitudes passionnelles*, y est représentée par des attitudes cataleptiques avec hallucinations, et sur lesquelles nous aurons occasion d'insister plus loin. La deuxième période imite le chemin de fer, de la

façon que nous avons dite. Ces *mouvements* sont interrompus par des contorsions variées, et principalement par l'*arc de cercle*. Dans cette dernière position la malade entreprend parfois son imitation habituelle du chemin de fer, mêlant ainsi la *contorsion* aux *grands mouvements*.

Nous avons, à plusieurs reprises, cherché à savoir si une hallucination quelconque ne présidait pas à ces mouvements de « chemin de fer ». Chaque fois que nous avons réveillé la malade par la pression ovarienne au milieu de ces *mouvements*, elle nous a répondu qu'elle ne voyait rien, n'entendait rien, n'avait, en somme, connaissance de rien. Au contraire, réveillée de la même façon, pendant la troisième période, elle a parfaitement raconté le sujet de ses hallucinations.

17 juillet 1879. Dans une série d'attaques présentant les caractères décrits précédemment, l'imitation du chemin de fer est encore en quelque sorte plus parfaite.

Après la période épileptoïde suivie d'un instant de repos, le « *chemin de fer* » débute sur un rythme variable à trois ou quatre temps. Puis le cri imite le sifflet, ce sont d'abord plusieurs petits cris d'un timbre un peu voilé, qui précèdent un cri plus strident et plus prolongé, c'est le sifflet de la locomotive à l'abord d'un tunnel. Ensuite le bruit de la vapeur se fait entendre suivant un rythme qui se précipite peu à peu. Tout le corps est agité de secousses qui suivent la même mesure, et les bras exécutent un mouvement circulaire qui semble imiter le mouvement de la bielle.

Je n'insiste pas, en terminant, sur les variétés de cette deuxième période de l'attaque. Les contorsions et les mouvements peuvent se prêter à diverses combinaisons. Le plus souvent la phase des contorsions précède celle des mouvements, mais ces deux phases peuvent se mêler en quelque sorte, et une attitude illogique apparaître au milieu du désordre des mouvements.

Malgré leurs aspects si variés, il est à remarquer que les contorsions et les grands mouvements se présentent presque toujours avec les mêmes caractères chez une même malade. Je montrerai plus loin comment l'exagération de cette phase peut donner lieu à des attaques d'un caractère particulièrement effrayant et qui méritent bien le nom d'attaques démoniaques.

§ 3. — ÉTAT MENTAL PENDANT LA DEUXIÈME PÉRIODE.

La perte de connaissance n'est pas la règle durant cette période, comme il arrive pour la période épileptoïde. Il est d'ailleurs fort difficile de s'en rendre un compte exact. Mais à la façon dont la malade

s'agite, lutte, et cherche à déchirer ou à mordre, il semble qu'elle n'ait pas complètement perdu la notion du monde extérieur.

L'hallucination préside quelquefois aux grands mouvements. Nous en avons eu maintes fois la preuve chez Gl..., lorsque, l'arrêtant par la compression ovarienne au milieu de ses « grandes salutations » et lui demandant ce qu'elle fait, elle nous répond invariablement qu'elle court et se sauve, évitant la poursuite d'un personnage qui joue un grand rôle dans les hallucinations de la troisième période.

Wit..., réveillée par la pression ovarienne au milieu de l'arc de cercle, laisse échapper ces mots : « Oh! vous faites bien! » Elle paraît délivrée d'un cauchemar. Si nous insistons pour connaître la nature de son rêve, elle hésite beaucoup à répondre. Une première fois, elle dit qu'elle se trouvait sur une haute montagne et qu'elle tombait dans un précipice; une seconde fois, elle avoue avec beaucoup de réticences qu'elle était en butte aux persécutions d'un « vilain homme ». Quoi qu'il en soit de la véracité de ces assertions, il ne nous paraît pas douteux que pendant cette attitude de l'arc de cercle mise par nous au nombre des contorsions de la deuxième période, la perte de connaissance n'est pas aussi absolue que pendant la période épileptoïde, et qu'il existe parfois une hallucination pénible. Malgré la présence de cette hallucination, les contorsions de la seconde période se séparent nettement des attitudes de la troisième, en ce que, dans ces dernières, la pose de la malade est constamment en rapport avec l'hallucination qui existe toujours, tandis que dans la contorsion il n'y a aucun lien nécessaire entre l'attitude de la malade et la nature de l'hallucination, quand elle existe. De telle sorte que si le nom d'*attitudes passionnelles* convient parfaitement à la troisième période, la dénomination d'*attitudes illogiques* n'est pas moins justifiée pour ce qui a lieu dans la deuxième période.

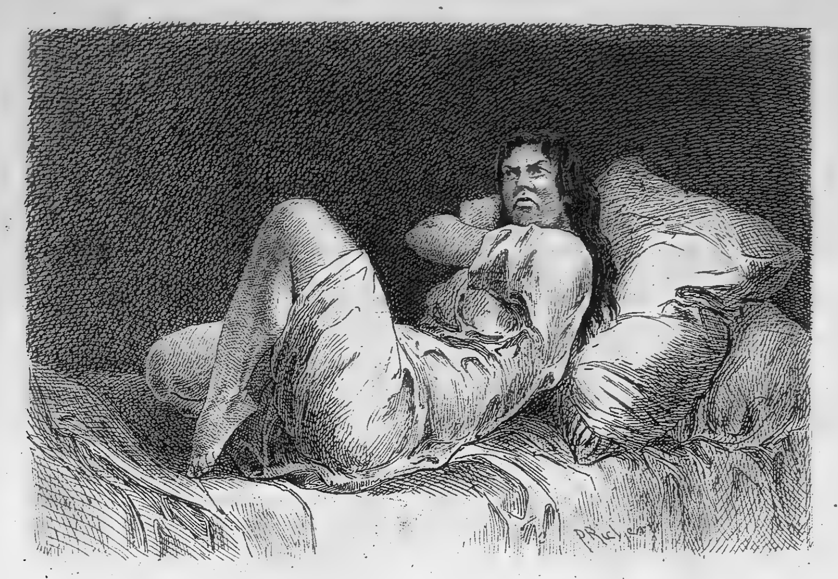


Fig. 1. Phase triste.



Fig. 2. Phase gaie

A. Delahaye et E. Lecrosnier.

CHAPITRE IV

TROISIÈME PÉRIODE. — PÉRIODE DES ATTITUDES PASSIONNELLES

Entre la deuxième période et la troisième, la limite n'est pas toujours aussi nettement tranchée qu'entre la deuxième et la première. Il y a rarement un intervalle de repos, et le délire semble commencer dans l'attitude de la contorsion, et même pendant les grands mouvements.

Le caractère de cette période se trouve parfaitement défini par le nom que lui a donné M. Charcot, période des *attitudes passionnelles* ou des *poses plastiques*. Et en effet, ce n'est pas ici un simple délire de mémoire ou d'imagination; la malade est en proie à des hallucinations qui la ravissent et la transportent dans un monde imaginaire. Là, elle assiste à des scènes où elle joue souvent le principal rôle; l'expression de sa physionomie et ses attitudes reproduisent les sentiments qui l'animent; elle agit comme si son rêve était une réalité. Et, par la mimique expressive à laquelle elle se livre, ainsi que par les paroles qu'elle laisse échapper, il est facile de suivre toutes les péripéties du drame qui se déroule devant elle, ou auquel elle prend elle-même une part active; — son hallucination, purement subjective, devient en quelque sorte objective par la traduction qu'elle en fait.

Quand elle est réveillée, la malade conserve le souvenir de tout ce qui s'est passé, et le récit qu'elle peut en faire concorde en tous points avec ce que l'on a observé.

Pendant cette période des hallucinations, elle est complètement insensible à toute excitation extérieure. La piqûre, la titillation de la conjonctive, l'application d'un bandeau sur les yeux, la respiration de l'ammoniaque, un bruit violent aux oreilles, etc., rien ne peut troubler le cours de son délire. Nous ne connaissons que deux procédés qui, sur-

le-champ, font évanouir le rêve et ramènent la malade à la réalité : c'est, en première ligne, l'excitation des zones hystérogènes et particulièrement la compression de l'ovaire, dont l'effet est constant et instantané, et ensuite le choc électrique, dont l'action, sans être toujours aussi prompte et aussi sûre, n'en est pas moins manifeste.

Le sujet de ces hallucinations est le plus souvent puisé dans le passé de la malade. Les scènes, qui, dans un sens heureux ou malheureux, ont frappé son imagination, se reproduisent avec une vivacité que le temps ne peut éteindre, et surtout celles qui ont eu une influence sur le développement de la maladie.

D'autres fois, au contraire, l'hallucination est une pure création qui varie avec la richesse d'imagination dont est douée la malade.

On peut distinguer deux phases : la phase des hallucinations gaies et la phase des hallucinations tristes (pl. IV, p. 89). Ces deux phases se succèdent ou s'entremêlent sans interruption. Dans une même attaque, le tableau gai fait place au tableau triste, ou inversement, avec la rapidité des images qui passent sous les verres d'une lanterne magique. Souvent une scène est à peine commencée, qu'elle est brusquement interrompue par une autre. Il y a là comme la taquinerie d'un malin génie que les malades ne peuvent éviter. Elles s'en plaignent souvent amèrement, disant « que le coté gai d'une attaque est toujours troublé par les visions terribles, et qu'en somme il y a plus de malheur que de bonheur ».

Gl... est celle de nos malades chez laquelle ces poses plastiques ou attitudes passionnelles ont le plus de régularité. Elles retracent principalement deux événements de son existence. Le premier, terrible, marque son entrée dans la vie ; elle avait dix ans quand elle en fut victime. Le second, au contraire, lui cause un plaisir qu'elle ne cherche pas à dissimuler.

Pendant les grands mouvements, qui sont toujours chez elle les grandes *salutations*, sa physionomie, où se peint l'effroi, indique que l'hallucination a commencé. En effet, si on la réveille à ce moment par la compression ovarienne, elle dit avoir peur de quelqu'un qui la poursuit, elle court, elle cherche à lui échapper. C'est l'apparition de ce personnage dont le souvenir, avec la persistance d'une obsession, revient sans cesse imprimer à cette phase de l'attaque son caractère si pénible.

Les grands mouvements se terminent par une vive agitation. La malade semble lutter pour se soustraire à des étreintes, et ces paroles lui échappent : « Au secours ! Au secours ! — Ah! vous ne m'aurez pas...

Rendez-moi ma clef[1] !... Vous ne m'embrasserez pas... Il est minuit, rentrez !... Changez de verre !... Je ne boirai pas... Moi, je ne suis pas maman... Non, lâchez-moi... »

Mais elle ne peut longtemps soutenir la lutte. Tout d'un coup elle supplie ; ses mains sont jointes, ses bras tendus en avant, elle se roule sur son lit en criant : « Pardon ! pardon! »

Parfois, dans un mouvement plus accusé, elle se redresse et se met complètement à genoux (fig. 57). Dans ses poses, de plus en plus sup-



Fig. 57. — Attitude passionnelle.

pliantes, comme dans sa voix, dont l'accent devient plein d'angoisse et de terreur, on sent que le malheureux ne se laisse pas toucher.

Brusquement, la malade retombe sur son lit comme terrassée par une force invisible. Elle est couchée sur le dos, étendue en croix : la tête, droite, légèrement renversée en arrière ; les yeux grands ouverts ; son visage exprime la colère et l'effroi ; les bras sont roides, maintenus perpendiculairement au corps, les poings fermés ; une seule jambe, *la droite*, est étendue et contracturée, la jambe gauche est demi-fléchie,

1. Il paraît qu'une fois entré dans la chambre où la pauvre petite s'était réfugiée, le premier soin du persécuteur fut de fermer la porte et de s'emparer de la clef.

et relativement molle (fig. 58). Les paroles qu'elle laisse échapper montrent clairement ce qui se passe :

« Il m'attache!... non; je ne vous céderai pas... d'abord je ne pourrai pas faire ma première communion.., Oui, je crierai !... Oui, je crierai !



Fig. 58. — Attitude passionnelle.

Est-ce que je dois vous servir aussi... Vous allez m'étouffer en me mettant la main sur la bouche! »

Et, fait curieux qui indique avec quelle précision de détails la scène



Fig. 59. — Attitude passionnelle.

est représentée : d'après les renseignements qu'elle a donnés elle-même en dehors de la crise, son agresseur, après l'avoir placée en travers sur le lit, lui attacha la tête, les deux bras en croix, et une seule jambe, la jambe *droite*.

Après cette scène qu'on pourrait appeler le crucifiement, survient une scène de menaces (fig. 59). Elle se relève furieuse, montre le poing, se



Fig. 60. — Attitude passionnelle.

jette en avant comme pour atteindre le coupable et ressemble à une véritable furie (fig. 60); elle crache à la figure du personnage imaginaire.



Fig. 61. — Attitude passionnelle.

Mais son courage est au-dessus de sa force, et la menace est parfois interrompue par des coups (fig. 61) :

« Oh! là là! des coups... pardon, laissez-moi! De grâce, monsieur,

Vous me faites mal... Oh! maman! sale c... tu m'attacheras les bras et le cou... Oh! je le dirai à tout le monde... à quarante et quelques années!... quand on a une fille de vingt et un ans... »

Presque toutes ces paroles sont prononcées à demi-voix, les dents serrées et d'un ton contenu.

Il est une autre scène qui, pour être une pure création de son imagination, ne lui en inspire pas moins une grande frayeur. Elle voit un immense chariot couvert de tentures mortuaires et rempli de squelettes effrayants dont les yeux caves lancent du feu. Il y a des flammes rouges partout. Les squelettes essayent de l'attirer à eux et veulent la faire monter dans leur char.

Elle leur demande pardon.

Tous ces tableaux sont reliés entre eux et se succèdent le plus souvent dans l'ordre que nous avons indiqué, c'est l'ordre logique et ré-



Fig. 62. — Attitude passionnelle.

pondant à la réalité. Cependant l'ordre en est parfois interverti, quelques-uns peuvent manquer ou se trouver mêlés diversement aux scènes de la phase gaie de l'hallucination.

Cette phase se compose d'une série de tableaux qui sont d'une précision et d'une régularité non moins surprenantes.

La transition est brutale : un geste de terreur ou de menace se trouve brusquement interrompu, la malade demeure interdite comme sous le charme d'une apparition; elle marque l'étonnement, la surprise mêlée de joie, son regard est dirigé en haut. Et si on lui demande, en la réveillant subitement par la pression ovarienne, pourquoi elle regarde ainsi, et ce qu'elle voit : « Il est à un balcon, » répond-elle.

Puis elle tend les bras dans une attitude extatique.

« Oh viens! viens! »

Elle appelle d'une façon plus pressante en faisant signe avec le doigt.

En même temps elle montre une place à côté d'elle. Ces mouvements sont répétés avec instance.

Enfin, elle se renverse, ferme les bras, comme pour étreindre le fantôme, et le couvre de baisers (fig. 62).

Le calme revient peu à peu.

Elle fait la nique à un être imaginaire en tirant la langue (fig. 63)[1].

Puis elle prête l'oreille, elle écoute (fig. 64).

« Écoutez! Écoutez!... Oh! la belle musique! »

C'est la musique militaire au milieu d'un grand jardin planté de marronniers roses. Elle s'y promène au bras du préféré. Les soldats sont



FIG. 63. — Attitude passionnelle.

vêtus de rouge et portent de grands pompons de cette couleur. La musique est très entraînante.

Ces détails nous ont été donnés par la malade en dehors de son attaque. Dans les différentes scènes qui composent l'hallucination gaie, il ne lui échappe que de brèves exclamations ou quelques mots isolés; tous ces divers tableaux se succèdent comme dans une pantomime d'une rare expression et se rattachent vraisemblablement, comme les scènes tristes, à quelques circonstances de sa vie passée.

L'hallucination de la musique militaire marque toujours l'approche de la fin de l'attaque. Bientôt elle voit des rats, elle a des mouvements de frayeur, elle frappe sur son lit comme pour les tuer. Puis elle se met sur son séant, se cache le visage dans les mains et déplore sa destinée:

1. Vraisemblablement au personnage de la première scène.

« Ah! malheureux parents! .. En voilà une femme que cette mère-là! Non, non, je ne veux pas y penser... Non, je me tuerai... mais ce n'est pas ma faute, à moi, si c'était son amant!... »

Là commence un délire sans attitudes spéciales; il se prolonge pendant un temps plus ou moins long et doit être rangé dans la quatrième période. Nous y reviendrons au chapitre suivant.

Ce que nous venons d'exposer montre bien la justesse de la dénomination sous laquelle M. Charcot désigne cette période de l'attaque. Les divers tableaux qui la composent reviennent invariablement. Toutefois, suivant les attaques, ils peuvent être écourtés et même ne pas être tous représentés. Les gais et les tristes s'entremêlent diversement. Mais il



FIG. 64. — Attitude passionnelle.

est bien curieux d'observer qu'ils se présentent toujours avec la même physionomie. Ils sont en quelque sorte stéréotypés : les gestes, les attitudes, les paroles mêmes ne varient pas.

Pour donner une idée de la rapidité avec laquelle se succèdent parfois ces différents tableaux, j'indiquerai la durée de chacun d'eux, notée pendant l'une quelconque des attaques.

	Secondes.
1° Période épileptoïde	50
2° Grands mouvements. — Salutations	10
3° Attitudes passionnelles :	
Croix	23
Défense	14
Menace	18
Appel	10
Lubricité	14

Extase	24
Rats	22
Musique militaire	19
Nique	13
Lamentations	23

Marc... ne le cède pas à Gl... pour le nombre et la variété de ses attitudes passionnelles; mais elle offre moins de régularité. Elle semble avoir plus de ressources, elle est moins renfermée dans un cadre toujours le même, et, pour rendre un même sentiment, elle a comme un luxe d'attitudes différentes.

Son hallucination *gaie* est le plus souvent la reproduction des scènes de sa jeunesse, pendant laquelle, enfant du peuple, abandonnée à elle-même, elle a fréquenté les bals de barrière et les tavernes de la banlieue. L'hallucination *triste* est une création de son esprit.

Voici ce qu'elle raconte :

Elle est avec « Ernest » en partie de plaisir dans un de ces restaurants des environs de Paris, où les tables sont dressées sous des treillages garnis de plantes grimpantes et de fleurs. Mais son bonheur est troublé par le spectacle suivant. Elle voit une négresse entourée d'hommes noirs, aux bras robustes, tatoués à la façon de certains ouvriers et complètement nus. Ils veulent abuser de la malheureuse; une lutte s'engage, alors ils la saisissent par les cheveux et se mettent en devoir de la scalper. Le sang coule à flots sur le visage de l'infortunée, qui pousse des cris lamentables, appelle au secours et tend vers Marc... des mains suppliantes. Une sorte de balustrade la sépare de cette scène, elle voudrait secourir la pauvre victime, mais elle ne peut; Ernest, qui voit le danger, la retient.

Tel est le côté lugubre du tableau; mais de l'autre côté, du côté d'Ernest, c'est bien différent. Ils sont en société nombreuse, Ernest a une foule d'amis qu'accompagnent d'autres jeunes filles. Tous les personnages n'ont pour vêtement qu'une large ceinture rouge, à l'exception d'Ernest qui porte un costume espagnol. On s'attable, on mange des huîtres, on boit du vin blanc, on chante, on rit beaucoup. Puis on se divise par groupes et l'on recherche les coins obscurs du jardin.

Les scènes amoureuses ne manquent pas dans le passé de Marc..., et leur souvenir occupe une grande place dans son délire et dans ses attitudes.

C'est sur ce thème, tour à tour gai ou triste, que se développe invariablement la troisième période de l'attaque de Marc... Pour l'interpréter, notre malade se livre à une mimique des plus mouvementées

et des plus expressives. C'est une succession non interrompue d'attitudes variées, silencieuses, véritables *poses plastiques*, qu'elle garde, immobile, plusieurs minutes, quelquefois accompagnées de gestes violents et de paroles appropriées[1]. Il faut avoir assisté à cette scène pour s'en faire une juste idée. Le récit en est décoloré; nous essayerons d'y suppléer par quelques figures.

Les grands mouvements de la deuxième période, dont il a été question page 80, et représentés figure 51, viennent de cesser; les trois grands cris perçants comparés avec justesse au sifflet d'une locomotive se sont



Fig. 65. — Attitude passionnelle.

fait entendre, et brusquement, sans transition, l'hallucination commence. Marc... se soulève à demi, le regard fixé du côté gauche et un peu en haut. Son expression de physionomie se rapproche de celle de l'extase, elle paraît comme fascinée et attirée par la vision qui vient de lui apparaître. Mais un léger pli de ses traits qui ébauchent un sourire, un baiser bien discret, donné de la main droite, montrent que

1. Le développement de ces attitudes se trouve habituellement gêné par la camisole de force dont on a soin de revêtir la malade au moment de ses attaques. Mais il n'y a aucun danger à l'en délivrer, s'il se trouve autour d'elle assez d'aides pour la maintenir. On peut aolrs observer les attitudes passionnelles, telles que nous avons cherché à les représenter.

l'idéal qui l'absorbe n'a rien de mystique, et que c'est bien sur la terre que se passe la scène à laquelle nous allons assister. D'ailleurs le mouvement s'accuse bientôt. On l'entend prononcer à mi-voix: « Ernest!... » ou bien seulement l'abréviation familière : « Nest!! viens?... » Son regard s'anime, elle invite du doigt l'objet de la vision (fig. 65), et accompagne ce geste de petits mouvements de tête latéraux tout à fait significatifs.

Puis, tout d'un coup, elle s'élance comme pour joindre d'un bond la vision qui ne se rend pas à son appel, et les infirmières ont beaucoup



FIG. 66. — Attitude passionnelle.

de peine à la maintenir dans son lit. Une véritable lutte s'établit. Marc..., qui est petite et chétive, trouve, pour la circonstance, des forces qu'on ne lui connaissait pas. Elle se débat comme une forcenée, l'œil toujours fixé sur la vision et faisant des gestes désespérés pour l'atteindre.

D'autres fois il s'établit une sorte de colloque entre « elle » et « lui ». A genoux, les bras ouverts tout prêts à l'étreindre, elle semble demander ou attendre une explication (fig.66). Sa physionomie exprime les sentiments les plus divers : tour à tour elle craint, elle espère, elle doute,

elle affirme, elle demande, elle supplie, elle respire la joie, ou se laisse aller à une douleur voisine du désespoir.

Elle a, pour demander pardon, des attitudes dont le crayon peut difficilement rendre toute l'expression (fig. 67).

Parfois, c'est le découragement et un désespoir contenu qui se peignent sur toute sa personne (fig. 68.). Un jour nous avons recueilli les paroles suivantes :

« Ernest!... l'hypocrisie règne partout, chez toi comme chez les



FIG. 67. — Attitude passionnelle.

autres..... Vieil imbécile!... Faut pas venir me dire la moindre des choses... Ernest! tu fais donc du mal comme les autres. »

Il lui arrive quelquefois de demeurer longtemps dans une sorte d'attitude contemplative comme celle qui est représentée (fig. 69). Sa physionomie est impassible, son regard immobile, fixé à terre. Aucun mouvement ne trahit la préoccupation de son esprit. A voir le calme de son attitude, on pourrait croire que l'attaque est terminée; mais il n'en est rien. Fermez lui les yeux, faites retentir un bruit violent à son oreille, mettez-lui un flacon d'ammoniaque sous les narines, et vous ne troublerez en aucune façon cette sorte d'extase. Elle ne voit rien, n'entend rien, elle demeure insensible à toute excitation, et est complètement distraite du monde extérieur.

Mais tout à coup les scènes de terreur surviennent. Elle se redresse



FIG. 68. — Attitude passionnelle.

vivement, et, avec des gestes et des cris de compassion et d'horreur,



FIG. 69. — Attitude passionnelle.

elle se blottit contre le mur près duquel est appuyé son lit (fig. 70). Il

lui échappe des paroles comme celles-ci, qui montrent que c'est la négresse qui entre en scène : « Ah! pauvre femme! Mon Dieu! donne donc un coup de poing..... Oh! qu'ils sont mauvais! ils lui font mal! » Elle pleure en se cachant le visage de ses mains... « Mon Dieu!... le sang coule!..... »

Puis elle a des attitudes provocantes, comme pour défier les assassins (fig. 71).



Fig. 70. — Attitude passionnelle.

Parfois elle pousse de grands cris, en levant les bras (fig. 72). Sa physionomie est celle d'une furie vengeresse, qui semble poursuivre des criminels.

Ou bien avec le geste et le ton du commandement le plus impératif elle s'écrie : « Vous ne viendrez pas là, c'est pour Ernest, c'est Ernest par ici... Remontez... Ah!... vous y voilà dans le rang des sauvages. Ernest! reste là... ne va pas te battre!... » (fig. 73).

Mais ces scènes terribles ne sauraient durer. Le côté gai de l'hallu-

cination doit avoir son tour, et Ernest se charge bientôt de tout faire oublier. Elle s'abandonne tout entière à lui, et suivent des scènes traduites par des attitudes nombreuses et variées dont le cynisme arrête le crayon.

« Viens, mon cœur ! viens, mon chéri. Tout ce que j'ai, c'est pour



Fig. 71. — Attitude passionnelle.

toi... A qui c'est ça? C'est à moi. Mon chéri, mon chéri..... Tu es toujours fatigué, toi....., moi, je ne le suis pas....., etc., etc. »

Ces scènes lubriques sont entremêlées de danses et de chants. Elle demande du punch..... Elle agite les bras en cadence en chantant et tout le corps suit le rythme de la chanson (fig. 74). Elle fait claquer ses doigts comme pour imiter les castagnettes (fig. 75).

Elle se redresse parfois complètement sur son lit pour exécuter une sorte de danse bizarre. En résumé, ses attitudes gaies varient à l'infini,



Fig. 72. — Attitude passionnelle.

et elle met à représenter sa joie autant d'ardeur et d'expression qu'elle en déployait, il y a un instant, dans ses attitudes d'effroi.

Cette phase de l'attaque se prolonge souvent fort longtemps, nous l'avons vue, plus d'une fois, durer à elle seule plus d'une demi-heure.

Vers la fin, elle est interrompue par des visions d'animaux qui ramènent l'effroi et la terreur. Ce sont habituellement des rats ou de grosses araignées. Elle s'écrie tout d'un coup : « Oh! ce rat... » en le montrant du doigt. Puis elle se livre à un combat acharné, accompagné de gesticulations et de cris, dont l'aspect dramatique ne laisse pas d'être hors



FIG. 73. — Attitude passionnelle.

de proportion avec les ennemis imaginaires contre lesquels les coups sont dirigés (fig. 76). Elle lutte avec le poing, les pieds, la tête et les dents. Elle s'acharne après l'ennemi vaincu et roule sur son lit avec son oreiller qu'elle étreint dans ses bras.

Pendant cette lutte, la connaissance revient peu à peu. Bientôt la

malade reconnaît les personnes qui l'entourent et répond aux interpellations. Elle n'en continue pas moins à être poursuivie par les



Fig. 74. — Attitude passionnelle.

visions d'animaux. Mais la troisième période de l'attaque est finie, elle a fait place à la quatrième période avec ses hallucinations spéciales, jus-



Fig. 75. — Attitude passionnelle.

qu'à ce qu'un mouvement convulsif des paupières ou de l'abdomen indique le retour de la période épileptoïde d'une nouvelle attaque, comme cela a lieu le plus souvent.

Gen..., lors de ses attaques régulières, n'a pas la variété d'attitudes que nous avons trouvée chez Gl..., et Marc...

Le plus souvent son hallucination est lubrique. Elle voit Camille, l'appelle, le presse de venir :

« Camille, je n'ai jamais aimé que toi. »

Elle affecte des poses théâtrales accompagnées de ces paroles :

« Donne-moi ton amour » (fig. 77).

« Ne m'outragez pas » (fig. 78).

Ou bien elle prend des attitudes silencieuses, se rapprochant de



FIG. 76. — Attitude passionnelle.

l'extase. Elle est à genoux ou assise sur son lit, l'œil au ciel, un doigt levé ou les mains jointes. Elle demeure ainsi complètement absorbée pendant plusieurs minutes.

Ou bien elle s'écrie : « Mon Dieu! secourez-moi! » Sa prière ne laisse pas de paraître édifiante; mais bientôt elle reprend ses propos inconvenants et les attitudes passionnées reparaissent.

Vient ensuite un délire de mémoire interrompu de temps à autre

par des visions de corbeaux et de vipères, et pendant lequel elle raconte tous les événements de sa vie. Ce délire dure souvent fort longtemps, mais il fait partie de la quatrième période, dont nous parlerons plus loin.

En dehors de ses attaques, Gen... a des extases que l'on doit considérer comme des attaques modifiées et réduites à une seule phase, celle des attitudes passionnelles. Il en sera question quand nous traiterons des diverses variétés de l'attaque.

Ang... a des hallucinations fort variées.

Dans l'ordre *gai*, elle voit « Alphonse [1] », perçoit ses embrassements



Fig. 77 et 78. — Attitudes passionnelles.

et les scènes d'amour d'autrefois se reproduisent. Parfois elle l'accable de reproches.

Elle assiste à une noce dont les mariés lui sont inconnus.

Elle se promène dans un grand jardin, sous de grands arbres. Il y a beaucoup de roses blanches.

Dans l'ordre *triste*, la scène d'Alphonse a son pendant [2].

1. Cet Alphonse était un marin qui la séduisit, il y a huit ans, alors qu'elle était à Marseille. Elle se brouilla avec toute sa famille à cause des relations qu'elle entretenait avec cet homme dont elle était amoureuse, et qui ne tarda pas à l'abandonner. Ang... a toujours conservé la mémoire de son amant. Alphonse joue un grand rôle dans toutes ses attaques.

2. En 1871, Ang... a été faite prisonnière par les communards. Le délégué l'a gardée un mois et a abusé d'elle, après l'avoir menacée de son pistolet. Elle a eu une grande frayeur. Depuis, elle le revoit toujours dans ses attaques, elle se débat, elle résiste, etc.

Elle voit de grosses bêtes qui ont des ailes immenses, des griffes énormes et un gros bec crochu. Ces animaux sont toujours à sa gauche et se précipitent sur elle.

Ang... voit encore deux hommes nus jusqu'à la ceinture, couverts de poils, et d'un aspect repoussant. Ils veulent abuser d'elle malgré ses résistances. Ces deux hommes reviennent toujours ensemble l'obséder et la tourmenter.

Elle voit quelquefois une grande lueur semblable à celle d'un incendie.

Elle assiste à un enterrement. Les corbillards sont blancs avec des croix noires et couverts de couronnes blanches. Il y a beaucoup de personnes en larmes qu'elle ne connaît pas. Le mort est aussi un inconnu. Elle voit le cercueil descendre dans la fosse.

Pendant tout ce délire, ses gestes sont en rapport avec la nature de son hallucination. Elle laisse échapper des paroles comme celles-ci :

« Viens!... tu ne veux pas ?... On me persécute... Tu m'as trompée!... Il m'avait recommandée à toi... Il avait confiance en toi, sale bête. — (Cris, elle se débat.) Tu ne m'auras pas!... non... Qu'est-ce que dira ma sœur Eugénie, mon beau-frère ?... S'ils savaient ce que tu as fait... Tu es la cause qu'ils sont tous fâchés... Je t'aimais!... Tu ne m'aimes pas!... Mais je t'aime encore... », etc.

Wit... a un délire et des hallucinations qui rappellent aussi les principaux événements de sa vie. Elle parle d'un certain Alphonse, l'appelle « ingrat » et lui adresse les reproches les plus sanglants.

Elle appelle aussi « maman ».

Elle voit des lions rouges et des lézards au bec rouge qui lui causent une frayeur extrême.

Ler... nous offre un délire épouvantable, où la lubricité n'est pour rien, et qui rappelle les émotions et les frayeurs qui ont occasionné sa maladie.

Pour donner une juste idée de la violence de ce délire, je ne puis mieux faire que de consigner ici quelques passages des notes recueillies au lit de Ler... pendant une de ses grandes attaques. Mais auparavant, afin de bien faire saisir la relation qui existe entre les causes occasionnelles de l'hystérie et la nature du délire des attaques, je rappellerai, d'après l'*Iconographie de la Salpêtrière*, les diverses frayeurs qui ont favorisé le développement de la névrose.

Ler... (Rosalie), âgée actuellement de cinquante-six ans, habite la Salpêtrière depuis trente-trois ans.

A onze ans, L... eut une *première peur.* Allant un jour porter le déjeuner

de son père nourricier qui travaillait dans un autre village, elle rencontra un chien qui avait les yeux hors de la tête, la gueule pleine de bave, la queue traînante et balayant le sol. Cette vue l'effraya. Le chien qu'elle supposait enragé, la suivant toujours, sa frayeur redoubla. Elle s'enfuit, tomba par terre et se fit de profondes blessures. Elle put se relever néanmoins et reprendre sa course folle jusqu'à la maison où, en arrivant, elle tomba de nouveau le corps tout roide et couvert d'une sueur froide... Durant huit jours, elle fut souffrante, eut de « fausses peurs », s'imaginant que le chien courait encore après elle. A partir de ce jour, elle fut sujette à des accidents qu'elle qualifie de « pertes de connaissance ».

Cinq ans plus tard, *seconde peur*. Voyant un attroupement autour d'une maison, elle voulut en connaître la cause et, malgré les recommandations des personnes sensées qui essayaient de l'éloigner, elle se faufila jusque dans la maison où elle vit le cadavre d'une femme que son mari venait d'assassiner. La vue du cadavre et de l'assassin arrêté par les gendarmes déterminèrent une « attaque de nerfs ».

L... eut une *troisième peur* dans les circonstances suivantes : Une nuit d'hiver, traversant un bois où, deux années auparavant, on avait tué une enfant de dix ans, et portant sur elle une somme de deux cents francs, elle fut poursuivie par un voleur. Elle se sauva, appelant au secours; mais de plus en plus épouvantée par cet homme qui criait : « je t'attraperai, va, gueuse ! tu auras beau faire », elle s'accrocha dans des « ronces » et tomba sans connaissance, en proie à une violente attaque convulsive.

Voici maintenant comment se présente une grande attaque chez Ler...

11 février 1878. L'attaque a débuté à 7 heures et demie. Il est 9 heures 20, et elle n'a rien perdu de sa violence. Elle est composée d'une série d'attaques qui se succèdent et dans chacune desquelles on peut distinguer, malgré une apparente complication, les trois périodes ordinaires.

9 heures 20. Après un moment de calme, la respiration, devient saccadée, les jambes se contracturent, s'élèvent et se croisent, les bras sont également contracturés, la face est congestionnée, les traits contractés, les yeux convulsés en haut, la bouche grande ouverte et la langue sortie. La respiration, un moment suspendue, reprend péniblement. Il se produit des hoquets.

9 heures 22. Le calme revient.

9 heures 24. Rage; grands mouvements précipités. Arc de cercle. « Ah ! ah!... » Grands cris : « Les bourreaux !!! ». L'agitation est extrême. Ler... se soulève complètement pour se laisser retomber sur son lit. Elle se jette de côté et d'autre, bat le lit avec ses pieds. « Ah ! ah!... oui... les bourreaux, les voilà ! » (9 heures 26)... Elle continue à s'agiter. « C'est à M. Coupat-Fontaine !... ce n'est pas à moi ; oui... les gendarmes !... à mon secours ! ». Elle se jette de côté comme pour se sauver. Pendant tout ce temps son visage exprime la plus violente terreur. « M.X..., M. Coupat-Font. !... à mon secours !... ce n'est pas à moi ! M. Dub... ». Elle fait avec la partie supérieure du tronc comme de grandes salutations, accompagnées d'agitation des bras et de mouvements de rotation de la tête. (9 heures 27)... « V'là!... les voleurs ! l'assas-

sin!... les bourreaux!... Voilà la mort! Voilà la mort. » (Elle répète ces paroles d'une voix terrifiée, jusqu'à sept fois de suite.) « A mon secours!... (9 heures 28)... Ah! ah!... (cris étouffés). Oh! la mort!... (grands mouvements du tronc.) Oh! là là! mon Dieu!... à mon secours!... les voleurs, les feux, les flammes (quatre fois). Oh! Ah!... (cris inarticulés)... les v'là!... à mon secours! les bourreaux. (9 heures 29)... V'là!... les voleurs. Ah! (soulèvement du tronc) ah!... (se jette de côté)... ah! ah!... V'là! oui... les v'là!... les brigands, les assassins... (9 heures 30)... Les gendarmes?... C'est M. Coupat-Fontaine... C'est pas à moi (quatre fois de suite) (grandes salutations); oui... les v'là... les voleurs, les assassins. (9 heures 31)... Les gendarmes!... à mon secours!... (elle se jette de côté). M. Coupat-Fontaine... (cinq salutations), c'est (cris de rage)... » (Elle se soulève, tourne la tête)... « Ah!... les voleurs!... les gendarmes! (9 heures 33)... A mon secours!... (soulèvement de tout le tronc). Ah! ah!... y m'ont crevé les yeux!... ah! ah! (plaintes sourdes)... » Le calme se fait peu à peu.

Cet instant de calme marque la fin de cette attaque, qui a duré treize minutes, immédiatement suivie, avant que Ler... ait repris connaissance, par une autre attaque qui débute par la période épileptoïde, et se reproduit à peu près de la même façon. La série ne s'est terminée qu'à onze heures.

On voit, par cet exemple, combien est persistante l'impression causée par les événements qui ont eu quelque influence sur le développement de la maladie. Après plus de quarante années, les scènes qui ont vivement impressionné l'enfance de la malade, se reproduisent pendant ses attaques, comme au premier jour, avec une vivacité que le temps n'a pu atténuer, leur imprimant une physionomie particulière qui n'a jamais varié. La thèse de Dunant dans laquelle il est parlé de Ler..., montre, qu'en 1863, les attaques de Ler... étaient marquées d'un délire pareil à celui que nous avons nous-même observé.

« L... (Rosalie), âgée de trente-huit ans, enfant trouvée, élevée à la campagne. A onze ans, frayeur d'un chien enragé; à seize ans, seconde frayeur très vive à la vue du cadavre d'une femme assassinée par son mari; à dix-neuf ans, traversant un bois avec une somme de deux cents francs, elle fut poursuivie par un homme et éprouva une violente émotion. La malade se souvient de tout cela avec une grande précision; à chaque attaque où l'hystérie a une part, elle *répète automatiquement quelques paroles* (*toujours les mêmes*) *qui s'y rapportent*, mais sa mémoire fait défaut sur tout le reste. »

J'ai dit précédemment que cette troisième période de l'attaque hystéro-épileptique, ou *période des attitudes passionnelles*, variait suivant la richesse d'imagination de la malade. Sur un premier thème fourni par les causes occasionnelles de la maladie, et qui n'est que l'expression pure et simple de la vérité, la malade peut créer des développements, et, si l'on veut me permettre cette expression, exécuter des variations en rapport avec les aptitudes spéciales de son esprit. Parfois même,

elle crée de toutes pièces des scènes qui n'ont jamais existé et ne sont que le produit de son imagination, par exemple : le *chariot des morts* de Gl..., et la *négresse* de Marc...

Ler... est une femme sans instruction, elle ne sait ni lire ni écrire et n'a jamais rien appris. Elle n'en est pas moins douée d'une certaine dose d'intelligence naturelle, mais le défaut d'éducation lui a laissé des manières bizarres. Elle a des familiarités choquantes qui, de prime abord, portent les personnes non habituées à son commerce à se demander si Ler... jouit bien de l'intégrité de sa raison. Pour qui la connaît, il est bien évident que la faculté qui lui fait complètement défaut, c'est l'imagination.

Aussi nous voyons les attaques de Ler... garder en quelque sorte le caractère brutal des événements qui y ont donné naissance.

Les sentiments qui y sont représentés sont l'effroi, la terreur, la crainte. Ils le sont avec une violence inouïe, en rapport avec la vivacité de l'impression reçue ; mais avec une pauvreté de gestes et d'attitudes en rapport avec le dénuement de son esprit. Pendant qu'elle vocifère, tous ses gestes consistent en de violentes gesticulations. Elle cherche à se sauver ou à se soustraire... Elle lutte... Aussi, chez elle, la deuxième période semble-t-elle se confondre avec la troisième.

Nous avons vu que, chez Gl..., l'hallucination commençait pendant les grandes salutations de la deuxième période, et qu'à ce moment elle s'imaginait courir et se sauver. Au milieu de son délire et de ses cris, Ler... exécute aussi les *grandes salutations*, les *grands mouvements des jambes*, les *soulèvements du tronc*, qui caractérisent plus particulièrement la deuxième période.

Nous pouvons opposer à l'observation de Ler... celle d'une autre de nos malades hystéro-épileptiques, tout nouvellement entrée à la Salpêtrière, et dont les attaques présentent les quatre périodes que nous décrivons. Pendant la troisième période, elle assiste à des scènes de pure imagination ; elle en prend souvent le sujet dans la nature ; elle récite des vers. Les animaux qu'elle voit sont des singes.

Suz. N... 28 juin 1879. Est en attaque depuis le matin.

Après les contorsions et grands mouvements, on la voit se soulever à demi, elle regarde fixement et s'écrie avec effroi : « Oh ! c'est affreux... Dieu ! mais ils vont mourir... » Puis, après un moment de silence avec un geste théâtral : « La vague monte !... Entendez-vous l'orage ?... Il faut courir les sauver. » (Tous ses mouvements sont en rapport avec ces paroles.)

Son effroi augmente : « Ils vont périr !... s'écrie-t-elle avec un accent déchirant... Ils sont disparus ! » Puis elle retombe affaissée, le visage dans ses mains. « C'est affreux !... » répète-t-elle.

Puis les singes viennent la tourmenter « Oh! là là... tous ces singes... » crie-t-elle en se débattant.

Ensuite, étendue sur le dos, les yeux fermés, elle récite de longues pièces de vers, de différents auteurs, Musset, Lamartine, etc., sans faire aucun geste, mais avec des intonations dans la voix, qui rappellent la déclamation du théâtre.

Un semblable délire doit paraître étrange, et l'on peut se demander si l'on a bien affaire ici à une attaque d'hystérie, ou si l'on n'est pas l'objet d'une mystification. Nous sommes heureusement en possession de signes certains qui mettent l'observateur à l'abri de toute erreur de ce genre. Sans parler de la régularité de succession des diverses périodes de l'attaque qu'une malade ne saurait inventer, je rappellerai la présence de l'anesthésie cutanée et sensorielle, et les effets de la compression de l'ovaire ou des autres points hystérogènes.

Suz. N... dont nous venons de parler est sujette, en dehors de ses attaques, à des accidents bizarres qui sont sous la dépendance de l'excitabilité du nerf auditif. Un bruit quelque peu violent, comme un coup de gong, la plonge dans un état cataleptique que nous aurons occasion d'étudier plus loin.

Pour l'instant, je veux ne me servir de ce fait que pour montrer jusqu'où va l'anesthésie sensorielle pendant l'attaque. Pendant tout le temps de son attaque, Suz. N..., suivant la règle, est insensible à tous les excitants, piqûre, respiration d'ammoniaque, bruit violent.... etc. Il n'est pas alors jusqu'au bruit du gong qui ne demeure sans effet sur elle. Pendant la *scène du naufrage*, pendant qu'elle récite ses vers, de violents coups sont frappés tout près de son oreille, et ni sa mimique, ni son récit, ne sont troublés. Mais aussitôt que l'attaque touche à sa fin, à peine le premier indice de connaissance a-t-il paru, qu'elle est immédiatement rendue cataleptique par un bruit modéré du gong.

Après avoir fait ressortir l'influence des causes occasionnelles de l'hystérie sur la nature des hallucinations qui composent la troisième période de l'attaque, et montré comment, dès le début, l'attaque revêt un caractère spécial, une physionomie toute particulière empruntée aux émotions violentes qui en ont déterminé l'apparition, j'ajouterai cependant que, dans la suite, les attaques peuvent se trouver plus ou moins modifiées par des impressions vives ressenties dans leur intervalle. Ces impressions nouvelles se joignent aux premières pour augmenter la durée et la variété des hallucinations de la troisième période, mais la plus grande part en revient toujours aux influences les plus profondes qui, le plus souvent, tiennent aux premières émotions. Nous

avons eu maintes fois l'occasion d'observer chez nos malades quelques modifications des attaques survenues sous l'action de certaines émotions, dont il a toujours été facile de retrouver la cause. Je rappellerai ce qui est arrivé à Marc...

Une circonstance malheureuse est venue en 1875 ajouter au côté triste de son délire. Elle est ainsi rapportée dans l'*Iconographie* : « Il était intéressant de rechercher la cause de ces modifications des attaques (expressions de colère, de dédain, de dégoût). Notre curiosité était d'autant plus vivement excitée que pendant les jours qui suivirent, Marc... était plus triste que de coutume et pleurait souvent. A force d'insistance, nous parvînmes à savoir que, peu auparavant, Marc... était sortie en ville et que, le soir, la personne qui la ramenait à l'hospice et qui lui touche de près par les liens du sang, l'avait fait monter en voiture et avait essayé d'abuser d'elle. Cette tentative, bien qu'elle ait échoué, l'avait vivement et douloureusement impressionnée [1]. »

En voici un autre exemple :

Alph. B... avait le plus souvent pendant ses attaques des hallucinations terribles rappelant les circonstances qui ont vu naître sa maladie : c'étaient des scènes de la guerre, des hommes morts, des incendies, une femme qui jette son enfant dans le feu...

Le 24 juin, nous sommes témoin d'attaques dans lesquelles se manifeste un délire tout différent, et que nous n'avions pas observé jusque-là.

Au début, fixité du regard qui indique la présence d'une hallucination ; elle sourit, une sorte de colloque muet s'établit entre elle et un être imaginaire. Tout d'un coup la *période épileptoïde* la surprend au milieu de son sourire. Ses membres se tétanisent, la respiration se précipite, les paupières battent, la face rougit, l'écume vient aux lèvres. La convulsion de sa face produit une espèce de rictus. Tout le tronc se roidit et se contourne diversement. La phase clonique est marquée par quelques secousses des membres ; suit un stertor assez court pendant lequel l'écume coule plus abondante.

Deuxième période. — Après un repos assez court la malade est prise de grands mouvements de flexion et d'extension du tronc qui se penche en avant pour retomber brusquement en arrière sur l'oreiller, avec des mouvements des jambes... ; elle se débat...

Troisième période. — Bientôt le rire et la satisfaction reviennent sur sa physionomie. Elle s'agite ou plutôt semble jouer avec quelqu'un, tantôt riant, tantôt pleurant. Elle a des mouvements lascifs, et croise ses bras sur sa poitrine comme pour embrasser la vision qui la ravit. Puis elle se calme, paraît rêver, converse à voix basse ; ses paroles sont inintelligibles. Elle chante entre ses dents avec des mouvements de tête, et son expression devient radieuse.

1. Bourneville et Regnard, *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, t. I, p. 125.

Enfin, elle recouvre ses sens, et paraît confuse en reconnaissant les assistants.

Questionnée sur la nature de son délire, elle se cache le visage de ses mains et ne répond qu'avec peine. Elle dit que ce n'est pas bien et qu'elle a honte de raconter ce qui se passe. Mais elle avoue qu'elle est bien heureuse. C'est la première fois que le délire de ses attaques revêt ce caractère. Plus de feu, d'incendies, de guerre, ou de personnages importuns qui viennent l'obséder. C'est au contraire une vision charmante, qui revêt les traits d'une personne qu'elle a vue depuis peu pour la première fois [1].

La vision est vêtue comme le personnage qu'elle représente, sans habits de couleurs vives. Elle apparaît au pied de son lit, où elle demeure quelques instants lui tenant d'agréables propos, jusqu'au moment où elle s'avance vers elle, ce qui coïncide avec une exacerbation de la douleur ovarienne. Puis la vision l'étreint au point de l'étouffer et elle perd connaissance. C'est le moment où survient la période épileptoïde. Quand l'hallucination reparaît, elle se trouve transportée dans un jardin délicieux, planté de grands arbres, et semé de gazon. Alph. B... et son bien-aimé jouissent en paix d'un aussi charmant séjour; ils se promènent, conversent, lutinent, chantent des duos, etc.

Quand la vision lui dit adieu, elle reprend bientôt connaissance: l'attaque est terminée pour recommencer ensuite avec les mêmes caractères.

Ici l'imagination joue un grand rôle, et tout en prenant son sujet parmi les personnes qu'elle a vues pendant l'état de veille, la malade crée une scène toute de fantaisie.

En résumé, si l'on sait faire la part des émotions violentes sous l'influence desquelles se sont développées les premières attaques, des émotions qui ont pu survenir depuis, et de l'imagination plus ou moins vive dont est douée la malade, on retrouvera presque toujours la raison des hallucinations de la troisième période de l'attaque.

Pour terminer, je résumerai en quelques propositions, les principaux signes distinctifs de cet état nerveux particulier qui caractérise la troisième période de l'attaque hystéro-épileptique, et que nous avons désigné sous le nom d'*attitude passionnelle*.

1° L'attitude passionnelle exprime toujours un sentiment, une action ou une pensée.

1. D'après sa tante, la malade aurait toujours été sage; on ne lui aurait jamais connu de liaison, même platonique.

2° Pendant l'attitude passionnelle, les facultés intellectuelles sont actives ; il y a toujours hallucination.

3° Pendant l'attitude passionnelle, la sensibilité générale et spéciale est complètement abolie, mais la malade conserve la liberté de ses mouvements.

4° Après l'attitude passionnelle, la malade garde le souvenir de ses hallucinations.

CHAPITRE V

QUATRIÈME PÉRIODE. — PÉRIODE DE DÉLIRE

Après la période des attitudes passionnelles ou poses plastiques, on peut dire, à proprement parler, que l'attaque est terminée. La connaissance est revenue, mais en partie seulement, et pendant un certain temps la malade demeure en proie à un délire dont le caractère varie; il est entrecoupé d'hallucinations et accompagné parfois de quelques troubles du mouvement. Ce délire constitue une quatrième période par laquelle passe la malade avant de retrouver son équilibre normal. C'est comme un reste de l'attaque qui s'épuise, et les accidents qui se présentent alors sont justement comparables et, parfois même, identiques à ceux qui précèdent l'attaque et lui servent en quelque sorte de prélude.

§ 1. — DÉLIRE

Le délire est le plus souvent un délire de mémoire, il porte sur les événements qui ont marqué la vie de la malade. Il est triste et mélancolique. La malade raconte toute son histoire et l'accompagne de lamentations qui ont parfois un accent de vérité vraiment saisissant.

Gen... termine presque toujours ses attaques par quelque discours de ce genre :

« Ah ! pauvre Gen... ! qui pourra comprendre ma douleur !... Dieu seul... Je devrais ne pas le recevoir... Il m'outrage... Je devrais être sa femme, il fait de moi sa maîtresse... mais je l'aime trop... tout est perdu pour moi !... »

Tout à coup elle se redresse, et regardant avec des yeux pleins de larmes, comme si quelqu'un venait de s'approcher de son lit : « Tiens!... te voilà!... » Elle pleure abondamment : « Oui, oui... je t'aime et je suis en colère... je voudrais que tout cela finisse... Fais-moi mourir... Personne n'en saura rien... Donne-moi quelque chose pour me faire mourir... » Puis, après un moment de calme : « Et dire qu'il a eu la cruauté de se faire connaître!... Ah!... la nuit qu'il m'a tout avoué, il aurait mieux fait de se casser une jambe... Me marier!... jamais de la vie, jamais un homme ne me sera rien... Ah! Camille, Camille!... je veux mourir dans ma douleur! »

Parfois ce délire triste revêt un caractère effrayant. Je l'ai vue un



FIG. 79. — Quatrième période : Délire triste.

soir, après une série d'attaques, alors que la camisole avait été enlevée, entrer tout d'un coup dans une fureur incroyable. Elle s'était levée, et avec de véritables hurlements de douleur, parcourait la salle, en s'arrachant les cheveux et en frappant de la tête les murs et le parquet. Elle criait : « Ah! malheureuse que je suis! — Je veux mourir. » Trois ou quatre infirmières avaient beaucoup de peine à la maintenir; on essaya, mais sans succès, de lui remettre la camisole. Et cependant, tout ce tapage cessa comme par enchantement, lorsque après l'avoir étendue par terre, je parvins à lui comprimer l'ovaire.

Habituellement ce délire est plus calme et Gen... commence la longue histoire de ses aventures. La compression de l'ovaire ou les interversions de courants électriques arrêtent brusquement, au milieu d'une phrase, toutes ces divagations, et montrent bien qu'elles sont sous la

dépendance de l'affection hystérique. Mais aussitôt après, le délire reprend, et sur un sujet différent; ce qui prouve que pendant le temps d'arrêt, la malade a complètement perdu la mémoire de ce qui vient de se passer. Elle ne continue pas l'histoire commencée, elle en reprend une autre par son milieu, semblant continuer un récit déjà entrepris, ou comme quelqu'un qui, feuilletant un volume, lirait au hasard les premières lignes de quelques pages.

Ce délire de la quatrième période porte sur les sujets les plus variés. Il est tantôt gai, triste, furieux, religieux ou obscène. Le ton général en est donné par l'impression du moment.

En voici un exemple entre mille :

Depuis quelques jours Marc... est atteinte d'une bronchite, elle est morose, elle est fatiguée de la vie et voudrait mourir. Elle songe beaucoup à une de ses anciennes compagnes du service, Thérèse L..., morte depuis un an.

Elle est prise d'attaques dont les différentes phases se développent comme d'habitude, mais dans le délire de la fin on reconnaît la préoccupation de son esprit : « Thérèse tu viens me placer tes mains froides sur la figure... Je te reconnais bien.., Je te vois assez souvent les nuits... Morte d'une bronchite négligée ! — Moi, je veux bien mourir comme ça ! — Je voudrais aller au cimetière... Papa ? Je ne le vois pas souvent... Qui voulez-vous que j'aime ? Maman est morte à vingt-sept ans... J'ai vécu un an de trop (Marc... a vingt-huit ans)... Voilà ce que c'est que de mourir dans un hospice !... Au moins, chez soi, on a des parents qui vous embrassent... Pourquoi voulez-vous que je tienne à la vie ?... »

A la suite d'un autre accès, le même sujet revient : « Si j'entendais seulement dire : la poitrine est prise... Souffrir et ne jamais mourir !... Avoir une vie dure comme la mienne !... Je suis donc une bête... pas comme les autres femmes... »

Marc... n'a pas toujours un délire aussi lugubre. Parfois les scènes du passé reviennent à son esprit ; elle se retrouve avec Ernest. Absorbée dans ses réflexions, elle parle toute seule, et l'on entend ces paroles prononcées à demi-voix :

« Je n'irai pas à l'école du soir... Vaut autant ça que de savoir écrire... Ça fait autant de bien... Si papa me demande pourquoi je suis rouge, je dirai que j'ai couru... J'ai été te voir hier, tu dois être content... tu m'embrasses toujours... (Gaieté lubrique.) — Oh ! « va à l'école ! va à l'école ! » je m'en fiche ; je vais à l'école chez lui... il m'apprenait à lire et à écrire..., etc. »

Ce délire de la quatrième période, bien que souvent accompagné d'hallucinations sur lesquelles nous insisterons plus loin, se distingue

assez nettement des *attitudes passionnelles* qui caractérisent la troisième période et dont nous avons longuement parlé. On conçoit que, prenant toutes deux leur origine dans des troubles de l'intelligence (délire) et de la sensibilité (hallucinations, illusions), la troisième et la quatrième période puissent parfois se confondre. Peut-être les limites des deux périodes ne sont-elles pas toujours nettement tranchées, mais il n'en est pas moins vrai que chacune d'elles, lorsqu'elle est suffisamment développée, possède des caractères assez précis et distincts pour autoriser la séparation que nous établissons ici.

Si, dans les deux cas, il y a conception délirante, dans l'un c'est le délire de la mémoire, dans l'autre c'est le délire d'action. Dans la quatrième période, la malade converse et raconte; dans la troisième, elle agit. Ici, de la mimique, des attitudes variées; là, des paroles, des discours. Si la quatrième période se parle, la troisième se joue. Les hallucinations sont la raison d'être, la condition nécessaire, *sine quâ non* de la troisième période, les attitudes passionnelles n'en étant en quelque sorte que la traduction objective; elles manquent le plus souvent dans la quatrième période, et sont remplacées par des illusions.

Pour accuser encore davantage les différences qui séparent la troisième période de la quatrième, nous pouvons opposer à la mobilité des conceptions délirantes de la quatrième période, ce caractère spécial des hallucinations de la troisième période de se reproduire d'une façon toujours identique. Nous avons vu au chapitre précédent que les attitudes passionnelles, en dehors des scènes de pure imagination, reproduisaient, le plus souvent, les événements qui, par l'impression vive portée sur l'esprit de la malade, avaient occasionné les premières attaques, ou en avaient favorisé le développement. Ces scènes quelquefois gaies, mais le plus souvont terribles, reparaissent à chaque attaque sans jamais rien perdre de leur vivacité, et sont rendues par des gestes, des attitudes, des paroles qui ne varient pas. Le délire de la quatrième période n'est pas ainsi stéréotypé. Il est varié à l'infini, et porte sur les sujets les plus divers. S'il touche aux grandes émotions passées de la malade, c'est pour en parler comme d'un fait éloigné et non pour les faire revivre dans tous leurs détails, comme cela a lieu dans la troisième période. Mais le plus souvent ce délire de la fin puise son sujet dans les impressions journalières de la malade et dans les préoccupations de son esprit ou de son cœur. L'abolition de la volonté rend même toute dissimulation impossible. Aussi la malade découvre-t-elle parfois ses plus secrètes pensées, et fait-elle part de ses projets les mieux cachés.

En outre de ces caractères différents du délire, l'état de l'intelligence

et des divers sens permet encore de distinguer la troisième période de la quatrième. Dans la troisième période, la malade est complètement distraite du monde extérieur, et insensible à toutes les excitations. Elle ne voit rien, elle n'entend rien, elle ne sent rien. Rien de ce qui se passe en dehors d'elle ne saurait influencer son délire. Dans la quatrième période, sans avoir complètement recouvré ses sens, elle ne demeure pas aussi inaccessible aux influences du dehors. Elle est le jouet d'illusions. Elle entend, mais elle ne rapporte pas le bruit à sa véritable cause; elle lui attribue une signification en rapport avec l'idée qui la possède. Elle voit, mais elle ne reconnaît pas les personnes qui l'entourent, elle leur donne des noms supposés et les prend pour les personnages de ses hallucinations. Gen... ne manque jamais d'appeler du nom de Camille celui qui, arrêtant son attaque par la pression ovarienne, amène ce délire de la quatrième période.

Chez une même malade, la distinction de la troisième et de la quatrième période est toujours facile à établir. Le contraste est saisissant lorsque les deux périodes existent, mais il ne faut pas oublier, comme nous le verrons plus loin en traitant des variétés de l'attaque, que l'une de ces deux périodes peut faire défaut.

Ce que nous avons dit du délire de Marc... à la quatrième période de l'attaque montre assez combien il est différent du tableau si varié qu'offrent les *attitudes passionnelles* de la troisième période. Gl... nous offre un nouvel exemple non moins frappant.

On se souvient des scènes si émouvantes qui composent la troisième période de l'attaque de Gl... Nous les avons décrites tout au long. La fin de la troisième période est toujours marquée par les mêmes hallucinations : c'est la musique des militaires rouges qui se fait entendre, et la malade, attentive et joyeuse, accompagne le rythme du morceau, de mouvements de la tête et du doigt; ce sont les rats qui apparaissent tout d'un coup et lui causent la plus grande frayeur.

Mais bientôt elle se cache la figure de ses mains, et se répand en pleurs abondants (fig. 80). Elle déplore sa destinée et accuse ses parents. Les plaintes sont troublées, de temps à autre, par des visions d'animaux. La malade a recouvré en partie connaissance, et nous devons considérer cette phase de délire comme appartenant à la quatrième période de l'attaque. Peu à peu les larmes cessent et la malade revient complètement à elle. Dans toutes ses attaques, même dans celles qui se répètent pour composer les grandes séries qui durent plusieurs heures, la quatrième période de l'attaque est représentée pour le moins par le délire triste que nous venons d'indiquer. Mais il est des attaques qui offrent une quatrième période beaucoup plus étendue, comme le

prouvent les quelques notes qui la concernent consignées ci-après.

Les observations suivantes sont destinées à mettre en relief les caractères spéciaux du délire de la quatrième période sur lesquels nous avons insisté.

Gl..., dans ses attaques du 14 mars 1878, présente une quatrième période plus longue que de coutume et dont voici quelques exemples :

« Ah! non!... je ne savais pas ce que cela voulait dire... J'ai promis de ne jamais les raconter, les trois scènes de la Fête-Dieu!.., Ah! non, je ne veux pas les raconter... J'étais habillée en blanc ce jour-là... On m'a demandé qui



Fig. 80. — Délire de la quatrième période.

m'avait frappée, mais je ne le dirai pas... Cependant si maman avait voulu, il aurait eu de l'amende. » Après un long instant de silence pendant lequel elle paraît en proie à l'indécision : « Mais non... une poignée de main à contre-cœur... non, non, je n'aime pas tous ces hommes-là. »

On entend du bruit à l'extérieur, la malade tressaille : « Sauvons-nous, voilà quelqu'un... je vous assure que j'ai entendu sonner... (Nous avons fait remarquer que, pendant la troisième période, la malade demeure insensible à toute espèce de bruit ou d'excitation quelconque :)... Ah!... M. X. sort là-bas... Non, laissez-moi la paix. »

Plus calme, la malade se couche dans son lit avec l'intention évidente de se reposer. Mais elle est reprise de délire au bout de quelques minutes : « Oh ! je te jure que ce n'est pas ma faute... En voilà une femme que cette mère-là... Non, non, je ne veux pas y penser... Non, non... je me tuerai. Il y a déjà bien des fois que cela a raté à la Salpêtrière... Mais ce n'est pas ma faute si c'est son amant... » Elle se cache la figure dans ses mains, pleure... puis sa tristesse devient plus calme.

Nouveau bruit au dehors. — « Oh ! ne le laissez pas entrer, je suis perdue.. je suis perdue... Oh ! dites que je ne suis pas là... C'est bien, c'est bien... à la bonne heure, à la bonne heure... »

Elle revient un peu à elle : « Ah ! mon Dieu, mon Dieu, que j'ai mal à la tête, j'ai mal au cœur. Otez-moi donc cela qui me gêne... Ah ! cela me gêne. » Elle désigne la courroie de la camisole qui retient son bras gauche, on la dénoue.

Elle s'assied sur son lit, la tête dans ses mains et semble réfléchir. Le délire revient plus calme. « Non, je ne veux pas me sauver de la Salpêtrière pour te faire plaisir et te suivre en Angleterre... Je t'ai bien accordé quelques jours... Je n'aime pas l'Angleterre. Enfin j'essayerai... Dans quel mois? A la fin d'avril? Tant pis si je ne peux pas... Non, je suis guérie, je n'ai pas été à la Salpêtrière... On nous suivra partout ; mon père mettra tout à ma poursuite. »

Elle semble alors reprendre connaissance, elle regarde autour d'elle : « Ah! voilà des messieurs que je connais... Enfin qu'est-ce qu'ils écrivent... C'est ce papier que je veux. » Elle fait des efforts pour saisir le papier sur lequel je consigne son observation.

Puis complètement revenue à elle, elle déplore son sort : « Non ; je voudrais que vous ayez des attaques comme nous. C'est affreux! Ça me fait penser à toutes sortes de choses. Ah ! si on savait, etc. »

A la suite d'une nouvelle attaque, la quatrième période est marquée par un délire analogue. Elle converse avec des personnages invisibles. Avec un rire bruyant : « Ah ! c'était bien, c'était on ne peut mieux ; vous n'allez pas vous battre en duel? Ah ! maman ! c'est un lâche... si ce n'était pas lui. (Mouvement de menace.) Si je disais les trois scènes, et ce que je lui ai répondu... Ah ! je pourrais avoir des attaques de nerfs à moins... Je ne l'ai dit qu'à une personne... Je ne l'ai pas accepté, son argent... »

Elle se tourne d'un autre côté et semble s'adresser à d'autres personnages : « Ah ! il est venu au cours ! ... Je lui faisais des signes avec mon mouchoir. On croyait que c'était à M. X., un interne ; je l'ai écrit. Je l'ai quelque part avec toutes mes lettres... Elles parlent de M. X..., de M. Z... Elles sont cachées... On croit que je ne reçois jamais de lettre... »

Le personnage de la fuite en Angleterre reparaît : « Je ne comprends pas qu'après cela tu dises que je ne t'aime pas ; c'est pour la fin d'avril !... Ah! (Rire bruyant.) Ah ! du punch ! Ah ! donne-m'en encore !... » La tête appuyée sur son bras fléchi, elle demeure longtemps pensive, puis riant : « Ah ! des serpents ! des serpents ! qu'il a dans sa culotte ! Ah ! ça remue, ça remue !... regarde plutôt... Ah ! j'étais enfant ! je riais ; c'était mal vraiment. (Éclat de rire.)... Ah ! maman, maman, j'ai vu je ne sais quoi, etc. »

Si le délire de la quatrième période n'est pas toujours aussi accusé chez notre malade Gl..., par contre il peut prendre une extension bien plus considérable aux dépens des autres périodes de l'attaque. Et il constitue si bien quelque chose de distinct de la troisième période, qu'on l'a vu, dans quelques cas, remplacer les *attitudes passionnelles*, et même former à lui seul une variété de la grande attaque, sur laquelle nous aurons à insister plus loin.

31 janv. 1878. — L'attaque de Gen... a commencé à 1 heure de l'après-midi et ne s'est terminée que le soir. Les diverses périodes se succèdent comme d'habitude. — La 4e période est marquée d'un délire dont voici quelques exemples :

« Ah! il est là!... s'écrie-t- elle en s'élançant vers un des assistants, qu'elle prend pour Camille... Non, il faut que je parte d'ici! Non, Camille, je l'ai dit, c'est bien dit... Mais couvrez-moi. » Puis ramenant sa chemise : « Quelle horreur de me laisser découverte comme cela!.., Tu as le cœur, le courage d'avoir empoisonné la vie de cette « créature », comme tu dis. » Après un instant de repos, elle se relève dans un élan plein de dignité théâtrale, et montrant du doigt un petit crucifix attaché à la tête de son lit : « Si je voulais te confondre, regarde ce Dieu qui est mort pour toi... Qu'est-ce qui vient les nuits?... » Un accès épileptoïde interrompt ce beau discours. — Ensuite elle se redresse, son bras gauche demeure contracturé. Elle cherche dans son lit, soulève ses draps; tout d'un coup elle frappe du poing en criant : « Elle est tuée! » Elle ne paraît cependant pas délivrée ; car son inquiétude croît « Ah! j'en ai plein le pied... Elles me mangent... Otez donc toutes ces vipères. » Elle se roule sur son lit en se cachant la figure de ses mains. — Au bout de quelques instants elle est plus calme : « Ah! ah! fait-elle en se lamentant, il ne va venir que dans une heure. Camille... Camille... attache-moi, guillotine-moi, je t'aimerai toujours. Je n'ai jamais aimé personne!... Laf... est le père de ma fille, etc. » Le délire continue sur sa fille. Ensuite elle se couche : « Nous allons dormir, Camille et moi... là, dormons... Ah! horreur!! (Elle est dérangée par les vipères.) Ah!... Camille!... j'y vais. (Elle se lève, les infirmières la retiennent.) Laissez-moi. Nous pouvons bien nous en aller, je ne suis pas malade... (Elle tend la main vers Camille.) « Tu t'en vas... » Elle se revêt de son drap : « Non, non... ce n'est pas à Loudun... M. Delaménardière... j'ai sa carte... le premier interne qui m'a soignée à l'Hôtel-Dieu de Poitiers... (Suit une longue dissertation sur Poitiers.) Elle me prend pour Camille, et m'entretient longuement de sa fille. « Je t'ai fait bisquer ce matin!... Qu'est-ce que tu m'as encore fait cette nuit!... Tu ne m'en as pas donné autant que je voulais... Tu m'as dit que je te ferais mourir, etc... »

D'autres fois le délire est remplacé par un mutisme obstiné. La malade est taciturne, elle fuit la société, il est impossible de lui arracher une parole.

Ou bien elle est prise, par accès, d'un rire nerveux dont elle ne peut se défendre; c'est ainsi que Lesp... termine habituellement ses attaques.

Enfin, ce qui est plus rare, la malade demeure stupide, elle cherche dans son lit, arrange ses draps, etc... et, suivant l'expression pittoresque de Calmeil, semble mettre de l'importance à passer pour imbécile. Cette terminaison est beaucoup plus fréquente dans les accès d'épilepsie vraie, à la suite des vertiges du *petit mal*.

§ 2. — HALLUCINATIONS, ZOOPSIE

Le délire est mêlé d'hallucinations, des voix se font entendre... La malade se lève pour courir au-devant de celui qui l'appelle. Elle voit encore des personnages connus, ou des scènes complètement imaginaires.

Nous avons déjà dit qu'au moment où finissent ses attaques, Gl..., écoute la musique, elle fait signe du doigt. C'est la musique des militaires rouges.

Soudain, elle est saisie d'une grande frayeur causée par les rats noirs, avec leurs longues queues.

Puis survient le délire mélancolique : « Malheureux parents, etc... »

Après ses attaques, Gl... a des « visions », se fait des peurs. Elle revoit un ouvrier peintre qu'elle allait souvent visiter quand elle était jeune; un chien qui se jette sur son frère, le mord et se sauve emportant un morceau de chair à sa bouche; — d'autres fois elle s'imagine qu'elle va mettre les pieds dans l'eau; — elle voit des bêtes noires, semblables à de gros rats, qui se promènent à 4 ou 5 mètres d'elle ou des bêtes plates, noires, à coquilles[1].

Ce qui semble caractériser ces hallucinations de la fin, c'est la fréquence et la persistance des visions d'animaux.

Gen... est assaillie par des vipères et des corbeaux. Au milieu du délire dont nous avons parlé, elle s'arrête soudain, l'effroi peint sur ses traits, elle soulève ses draps ou sa chemise : « Des vipères!... j'en ai plein mon lit... elles me montent par tout le corps. »

Les corbeaux apparaissent habituellement du côté gauche de son lit.

Gen... 26 février 1878. — Après une série de 14 attaques, survient le délire de la 4e période. — « Chameau, C..., va c'est fini, je ne te reverrai plus; oui, c'est fini, bien fini, je te déteste... Oh! couvrez-moi, miséricorde.. A boire, à boire. Ah! regardez tous ces corbeaux... (Elle entre dans une grande agitation.) De grâce, délivrez-moi... On me tient les jambes... Ils me laissent toutes ces vipères monter dans le corps... Ah! S..., ôtez-les donc, tous ces corbeaux, toutes ces vipères. (Elle se débat avec fureur pour échapper aux bêtes qui la poursuivent.) Ah! sale bête, veux-tu t'ôter de là... Il faut que je me défende... M. X., Camille, laisse-moi lever... Ah! qu'elles sont méchantes. Laisse-moi donc lever... M. Y..., ôte donc toutes ces vipères; ôte-les de grâce, enlève-les, oh! laisse-moi lever... »

1. *Iconographie phot.*, par Bourneville et Regnard, t. II, p. 129.

La compression ovarienne interrompt le délire et amène une nouvelle attaque, à la suite de laquelle reviennent les visions de vipères et de corbeaux.

Marc... s'écrie tout d'un coup avec un geste d'horreur : « Tous ces crapauds !... » puis, avec des larmes : « Papa... tu es là dedans... (Elle crache)... Des araignées... Ah! ce rat... etc... »

Elle se livre parfois à une pantomime des plus comiques en soutenant contre ces bêtes imaginaires une lutte acharnée (fig. 76).

Ler... termine son attaque par une phase qui présente à un haut



FIG. 81. — Quatrième période. Zoopsie.

degré les principaux caractères que nous assignons à la quatrième période. — Le délire si violent, si terrible, dont nous avons donné un exemple plus haut (p. 110) et qui fait partie de la troisième période, fait place à un délire plus calme. L'agitation cesse, la malade n'assiste plus aux scènes affreuses qui ont occasionné sa maladie, elle les raconte. En même temps, elle a des hallucinations de l'ouïe et de la vue. elle voit des animaux ; elle a recouvré en partie connaissance, elle se plaint de douleurs atroces dans la tête ou dans les membres, est prise de vertiges, et voit parfois ses membres se contracturer partiellement.

Voici quelques exemples de cette quatrième période des attaques de notre malade Ler...

11 février 1878. — La grande attaque dont nous avons rapporté quelques fragments plus haut se termine ainsi. L'attaque a commencé à sept heures et demie. Il est dix heures cinq minutes. Après une période épileptoïde bien marquée, et une période de grands mouvements désordonnés et de rage, sa fureur s'épuise peu à peu. « Ah ! Jean-Louis-Philippe !... il a tué sa femme, le chameau !... Tiens, v'là pour toi ! (Elle frappe de grands coups de pied sur le lit). Ah ! ton affaire est réglée (10 h. 7). Ah !... le propre à rien, crois-tu qu'il a tué sa femme? (Elle s'assied sur son lit, tourne la tête de côté et d'autre.) Tiens v'là pour toi ! (Elle a trois violentes éructations.) V'là pour toi (10 h. 10). Oh! le chameau ! (Elle se couche). On a fait un bel enterrement à sa femme, s... vieux maquereau salé? Quand j'étais en nourrice... La première peur, c'est un chien enragé... (10 h. 11)... Attends donc, c'est pas ma fille. (Elle s'adresse à une des infirmières qui l'assistent ; elle a l'habitude d'appeler « ma fille » la surveillante du service.) Tu as bien travaillé... (Elle se répand en injures)... (10 h. 12.) Attaché à la queue du chevreau... on l'a enchaîné...



Fig. 82. — Quatrième période. Zoopsie.

Ah ! c'est effrayant... c'est-y lâche (10 h. 13) ! On m'a rentrée dans l'auberge je me suis trouvée mal... Es-tu là, ma fille ? (Elle s'adresse à la surveillante ; cette question s'explique, parce que pendant tout ce délire ses yeux sont convulsés en haut, et elle ne voit pas.) La troisième peur, c'est un feu dans le pays... Veux-tu que je te dise où ? c'est en Picardie... On a mis le feu à la paille (10 h. 14), puis ils se sont sauvés, comment ?... (Elle rit)... Un homme qui s'est soûlé !... (Rire.) J'étais dans le commerce... Y sont là-bas les vaches... imbécile, t'as beau trotter...(Rire)... le v'là qui va sur les toits, les rideaux... (Rire.) (Elle raconte une histoire sur son maître, quand elle était dans le commerce, et l'entremêle d'injures et de rires.) »

Je lui demande combien elle portait d'argent lorsque les voleurs l'ont poursuivie, et elle me répond avec une connaissance parfaite : « 250 fr. »

Puis son regard se fixe, elle étend le doigt... « Il a le toupet de me regarder celui-là !... Il a des bêtes, des souris, des rats, des papillons... des mouches... (10 h. 20.) Pourquoi tout tourne ?... Regarde donc mes bêtes, papillons, rats gris... souris noires... comme ça court... (10 h. 21.) Veux-tu t'en aller... »

Elle voit des merles, son regard demeure fixé en haut sur les rideaux des fenêtres.

Survient un accès épileptoïde qui dure cinq minutes, puis le délire recommence.

« Oh ! Jean-Louis-Philippe ! il a tué sa femme... A boire ! à boire... (Elle se met à genoux, se frotte les mains, claque des mains.) Oh ! Jean-Louis-Philippe !... (Elle se frotte de nouveau les mains. Elle boit en tenant le gobelet de plomb avec ses dents seulement, elle ne veut jamais boire autrement durant ses attaques (Ah ! les chameaux. Il y a des bêtes... » Elle s'accroupit sur son lit et fait la mimique de souffler le feu (fig. 83). Puis elle se redresse en criant : « A chat ! à chat ! » Elle se frotte les mains, frappe de la tête sur le lit, a plusieurs éructations qu'elle accompagne d'un « V'là pour toi ». Elle se lève et fait sur son lit une véritable culbute, elle répète la culbute



FIG. 83. — Quatrième période. Ler... « souffle le feu ».

plusieurs fois. « Arrête donc tout ça, la mécanique tourne. » Elle recommence deux culbutes.

« Ah ! les jeanf..., ils ont foiré dans mon lit, je ne veux pas coucher dans ce lit, je sais bien que ce n'est pas toi. » Elle prête l'oreille comme si quelqu'un l'appelait du dehors. « Oui, j'y cours, mon ami... si tu es prêt, je ne le suis pas, moi... Comme ils voltigent... plus que j'ouvre mes yeux plus qu'y a des bêtes... On m'appelle..., je veux f. mon camp... Entends-tu les bourdons... J'ai t'y mal à la tête... Ça m'étonne que je ne vois pas le diable (Rire), dépêche-toi, donne-moi ma chemise... As-tu vu les écureuils ?.. » Elle se lève, met sa chemise et ses souliers. « Oui, j'y vais. » L'infirmière la retient. « Une fois dans ma vie ils ne veulent pas me laisser voir Ernest. Il m'appelle, il est là-bas avec sa lanterne magique. Je vais lui dire par la fenêtre qu'il ne m'attende pas. » Elle crie par la fenêtre et va regagner son lit. A peine couchée, elle est saisie d'un tremblement nerveux. Elle demande des boules aux pieds. « Oh ! les bêtes, fait-elle en regardant au plafond... t'entends pas le bourdon..., tais-toi, mon vieux, je t'écrirai... (Il est onze heures.)

Ler..., comme on le voit, n'a pas toujours beaucoup de suite dans son délire. Mais elle présente ce fait singulier de voir se reproduire à la fin de ses attaques toujours les mêmes actes et les mêmes hallucinations. Les personnes du service qui assistent souvent la malade pendant ses attaques ne s'y trompent pas. Elle se frotte les mains et les yeux, en demandant qu'on lui rende ses yeux; elle s'agenouille sur son lit, la face contre les draps, et souffle le feu; elle crie: « A chat!... à chat!... »; elle fait des culbutes, elle demande à boire et boit le gobelet entre les dents, elle entend les bourdons et voit des bêtes. Nous pouvons rapprocher ces faits de ce qui a lieu chez une autre de nos malades dont nous avons parlé, Gl..., qui, au moment où se termine la troisième période de l'attaque, ne manque jamais d'entendre la musique des militaires rouges et de voir des rats.

Obs. Ler... 5 février 1878. — A sept heures moins le quart, attaque unique composée d'une première période épileptoïde bien nette, d'une deuxième période de grands mouvements (soulèvements du tronc, grandes salutations, agitation des jambes, etc...), d'une troisième période avec un délire très agité, mêlé de grands mouvements, et d'une quatrième période qui se présente ainsi :

Ler... exécute plusieurs culbutes complètes. « Ah ! c'est comme ça; attends, va. » Elle crie : A chat ! à chat !... Elle s'accroupit sur son lit pour souffler le feu. Elle a comme des grognements de rage. « Attends un peu... Lâche-moi... des bêtes... à boire, à boire ! » Elle boit deux gobelets. « Où que je suis ? Ote-moi donc toutes ces bêtes-là. Y a que toi qui sais arranger cela... Cache-moi, c'est le principal... » Elle cause avec volubilité, converse avec les assistants. « Attends que je frotte mes yeux... V'là mon lit qui tourne. Arrête-moi donc... Je tombe dans la fosse... Entends-tu les bourdons? Chasse-moi toutes ces bêtes-là. J'en ai plein mes couvertures. » Elle raconte qu'elle a refusé de se laisser embrasser pour cent sous. « Ils pourront dire tout ce qu'ils voudront, je suis vierge tout du long... Ote-moi donc les bêtes... Faut que je m'en aille... J'ai une chaudière dans la tête, tu vois bien que ça bout. Laisse-moi... Arrête mon lit, tu vois bien que tout tourne... » Elle voit des rats gris tout le long du mur, des souris, des hannetons... des papillons de toutes les couleurs avec des petits ronds brillants par-dessus les ailes. « Arrête donc... nous allons tomber, le lit tourne, tu ne te fais pas de bile... nous tombons... Donne-moi à boire, j'ai le gosier sec... » Elle boit. « Ça va mieux. » Elle étend les membres, se plaint encore des bêtes.

Il est 7 heures 20, Ler... est toujours agitée, mais l'attaque paraît bien terminée.

Ces phénomènes de la fin des attaques de Ler... dont nous faisons une classe à part en les rangeant dans la quatrième période, ont été parfaitement observés par M. Bourneville, en 1875.

Ces scènes (les contorsions, le délire des bourreaux, etc.), qui sont effrayantes, font place à d'autres phénomènes : mouvements de déglutition

bruyants, mouvements de lappement, hoquet. Ler... prétend qu'on lui tire la tête, les « pés » (les pieds); cette dernière sensation s'explique par la contracture qui existe durant l'attaque. Elle détire ses membres, se plaint de souffrir de l'épigastre, à la tête; bavarde; on court après elle, elle tente de s'égratigner la figure; frappe ses mains l'une contre l'autre, parce qu'elle a des « fourmiches »; se gratte la tête; s'imagine que son lit marche et roule; que tout saute; furète dans son lit; appelle son « cher ami Ernest ». Elle a des bêtes dans le ventre.

« Entends, dit-elle, comme ils sonnent. » Elle gratte sa langue sur laquelle on a mis du plomb. « Tout le bataclan remue ! » Se plaint de voir double, fait des grimaces. Enfin, elle demande à boire, avale un verre d'eau d'un seul trait et tout paraît fini [1].

C'est pendant cette période de l'attaque que se produisent les affirmations les plus audacieuses. La malade croit à la réalité de ses rêves et de ses hallucinations, elle accuse souvent les plus innocents avec une persistance, un accent de sincérité fait pour tromper les plus incrédules.

Un certain soir Wit..., au sortir de ses attaques, accuse Gl... de lui avoir dérobé ses fleurs [2]. Elle l'a vue, elle l'a prise sur le fait, il n'y a qu'un instant. Et nous sommes demeurés près d'elle tout le temps qu'a duré son attaque. Gl... n'a pas même paru dans la salle. Tous nos efforts n'arrivent pas à convaincre Wit... qu'elle est victime d'une hallucination.

Gen... est intimement persuadée qu'elle a vu Camille, elle serait prête à le jurer à la face du ciel et de la terre.

Il y a là un trouble mental fort intéressant, mais que nous ne faisons qu'indiquer ici. En effet, cette croyance à la réalité des hallucinations persiste parfois en dehors du temps des attaques. Nous en avons un exemple frappant dans Gen..., qui croit à la réalité de son commerce avec Camille. Nous pouvons nous expliquer ainsi les dispositions de ces malheureuses, qui, aux temps de sorcellerie, s'accusaient elles-mêmes avec tant d'audace et d'obstination, se vouant à la torture et au bûcher, plutôt que de renoncer à la croyance d'un commerce diabolique qui n'avait jamais existé que dans leur imagination. A une époque plus rapprochée de nous, la connaissance des faits que nous indiquons ici peut jeter quelques lumières sur le malheureux procès dont la Roncière fut victime en 1834 [3].

1. Bourneville, *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie et l'hystérie*, 1876, p. 146.

2. Wit..., comme presque toutes les hystériques, avait orné la tête de son lit de fleurs artificielles.

3. *Causes célèbres de tous les peuples*, par A. Fouquier, cahier 46.

§ 3. — TROUBLES DU MOUVEMENT

La *contracture générale* ou *partielle* persiste souvent après l'attaque.

A. — *Contracture généralisée.* La contracture généralisée peut être douloureuse au point d'arracher à la malade, complètement revenue à elle, des cris déchirants.

Gen... à la fin de ses attaques voit souvent ses quatre membres contracturés dans des situations variables. Le plus souvent ils sont dans



Fig. 84. — Quatrième période. Contractures généralisées.

l'extension (fig. 84), mais ils ne restent pas dans une immobilité absolue. La contraction semble varier à tout instant, augmentant ou se relâchant un peu. Un tambour myographique appliqué sur le mollet montre, par le mouvement continuel du levier enregistreur, que le muscle demeure peu de temps dans le même état de contraction. Tantôt la contracture s'exagère successivement sur les différents segments du corps, de sorte que les membres se contournent les uns après les autres ; tantôt le mouvement est encore plus restreint et se trouve limité aux pieds, aux mains et même à un seul doigt. Ou bien le tétanisme général s'accuse partout à la fois, tous les muscles se dessinent

sous la peau en saillies vigoureuses, et ces exacerbations de la contracture arrachent des cris à la patiente.

La contraction des muscles abdominaux est telle que la compression ovarienne devient très difficile; lorsque cependant on arrive à la pratiquer, le relâchement musculaire se produit peu à peu et la contracture peut cesser complètement pour reprendre aussitôt que la compression n'est plus exercée. Les interversions des courants électriques sont sans effet sur ces contractures.

Cet état de contraction musculaire généralisée donne à la malade des



Fig. 85. — Quatrième période. Contractures généralisées.

attitudes variées et souvent bizarres (fig. 85) qui, malgré leur ressemblance avec les attitudes que nous avons décrites dans le tétanisme de la période épileptoïde et dans la période des contorsions, s'en distinguent aisément. Nous avons déjà signalé comme *caractères communs* aux attitudes du tétanisme et aux contorsions : — *a*) leur variété ; — *b*) la perte de connaissance au moins apparente ; — *c*) l'immobilité tétanique ; et comme *caractères distinctifs* : — *d*) le peu de durée ; — *e*) le spasme de la respiration ; — *f*) la perte de connaissance absolue, pour les *attitudes de la phase épileptoïde* : — *d*) la durée souvent longue ; — *e*) l'absence de troubles respiratoires ; — *f*) parfois la présence d'une hallucination pénible, pour les *attitudes de la phase des contorsions*.

Ici :

a) Les attitudes sont également variées.

b) Mais la perte de connaissance n'existe pas, il n'y a pas d'hallucination, la malade a parfaitement conscience de son état; elle souffre horriblement et demande à grands cris qu'on la soulage.

c) De plus, l'immobilité n'est pas absolue, l'attitude ne demeure pas longtemps la même; elle varie sinon dans son ensemble, au moins partiellement, vu l'état de contraction instable du muscle; nous sommes en présence d'une sorte de *crampe généralisée* qui s'exaspère tantôt



FIG. 86. — Quatrième période. Contractures généralisées.

sur un point, tantôt sur un autre; c'est un phénomène purement musculaire, et le *sensorium commune* n'est point atteint.

d) Enfin cet état peut se prolonger et la respiration n'est habituellement pas troublée.

Marc... voit souvent ses attaques se terminer comme celles de Gen... par ces contractures généralisées (fig. 86).

Nous aurons à examiner plus loin comment la prédominance de ces crampes généralisées donne à certaines de ces attaques que les malades appellent du nom de *tortillements*, un caractère particulier.

B. *Contracture partielle.* — La contracture partielle, qui parfois succède aux attaques et se montre dans la quatrième période, n'est habi-

tuellement pas douloureuse. Elle atteint un bras, une jambe, ou bien une partie de la face, la langue..., etc.

Elle peut porter sur les viscères : la contracture de l'œsophage peut empêcher pendant un certain temps l'alimentation, et la contracture du sphincter de l'urèthre nécessiter le sondage.

Parfois au contraire l'attaque laisse derrière elle une parésie ou une paralysie de certains muscles, se traduisant par l'impuissance fonctionnelle d'un membre, par l'incontinence d'urine..., etc.

Enfin les secousses ou commotions épileptoïdes générales ou partielles peuvent se rencontrer ici comme dans les prodromes de l'attaque. Il en est de même des spasmes viscéraux : hoquet, nausées, vomissements, borborygmes, etc...

Je rapporterai à titre d'exemple quelques observations dans lesquelles ces différents troubles musculaires ont été observés :

Ler..., 14 février 1878. — Grande attaque, qui commence à trois heures et demie, présente les diverses périodes dont il a été question et se termine ainsi : Après le grand délire des brigands, des voleurs, des assassins, le calme se fait peu à peu. Elle s'assied sur son lit. « Ah! c'est comme ça », elle se prépare à faire la culbute : « Dis rien, va! » Elle exécute plusieurs culbutes entremêlées d'imprécations grossières. Elle se met à genoux la face contre le lit, elle converse avec Ernest, à voix basse : « Tu m'embêtes, tu dis toujours des bêtises... Ah! va te f. f... » Elle « soufle le feu », crie « chat! à chat!... » exécute des mouvements rapides de rotation de la tête, pousse des grognements de rage, demande à boire. Ell boit, suivant son habitude, le gobelet aux dents. Puis elle se prend de rage contre elle-même, cherche à se déchirer la figure. « Arrête-moi donc ces bêtes-là. J'ai mal au dos et dans le cou. » Les plaintes se prolongent : « *J'ai des crampes!*... Ah! mes pieds! *Mon pied se tortille*... (*Contracture des pieds.*) Qui vient là?... Je ne vois pas clair... (*Les yeux convulsés cachent la pupille sous la paupière supérieure*). Mon Dieu, qu'est-ce qu'il y a là-dedans? (Elle se frappe la tête). Ça va mieux!... (Les jambes sont toujours contracturées). Laisse-moi, je t'envoie une gifle... Si j'avais mes mains, comme je dévorerais tout ça... Laisse-moi frotter mes yeux, que je voie clair... (Elle cherche à échapper aux étreintes des infirmières qui la maintiennent.) » Bientôt la contracture des jambes cesse. Elle fait de grands gestes avec les mains. Les yeux ne sont plus convulsés. Elle regarde la cour. « Je commence à voir clair... Ah! c'est Henriette. (Elle désigne une infirmière.)... Le diable dans la cour!... J'ai bien ma robe, il faut que je parte... » On ne la maintient plus... Elle furète dans son lit, chasse les bêtes... arrange les oreillers. Puis, se mettant debout sur son lit, elle se livre à quelques grandes gesticulations... Il est 5 heures 10. L'agitation persiste encore pendant quelque temps.

Gl..., 18 juillet 1878. — Hier soir, Gl... a eu des attaques jusqu'à onze heures. Puis elle s'est sauvée dans la cour, après s'être décamisolée toute seule, et en maugréant contre les malades de la salle qui se plaignaient. Elle

reste dans la cour jusqu'à une heure du matin et se laisse ramener sans difficulté, disant qu'elle ne sait pas trop comment elle est là, ni ce qu'elle y fait. Un gros chat qui lui fait peur, achève de la décider à rentrer. Elle affirme que ce chat est véritable.

Ce matin, elle ressent les phénomènes douloureux de *l'aura* qui précède habituellement ses attaques; elle a des hallucinations, elle voit des hommes dans le costume primitif d'Adam. Sur les six heures, à la suite d'un *aura*, elle sent son bras droit qui tourne, elle croit que c'est le début de son attaque, mais elle ne perd pas connaissance. La convulsion s'arrête, *son bras droit demeure contracturé, le poing fermé et fixé dans le dos entre les deux omoplates. En même temps la langue se contracture, la pointe en l'air, appuyée contre le palais.* Elle veut parler et ne peut pas, les *mâchoires sont fortement serrées.* Elle s'aperçoit que les personnes remuent les lèvres autour d'elle, elle n'entend rien. Elle est sourde et il se produit un bourdonnement continuel dans ses oreilles. Elle n'a pas remarqué que ce fût plutôt dans une oreille que dans l'autre. *La jambe droite est contracturée dans l'extension,* le pied en varus équin. Les membres du côté gauche sont libres.

Nous la voyons à onze heures, elle est dans une sorte de rage de ne pouvoir entendre ni parler. Elle fait signe qu'elle souffre beaucoup dans l'épaule droite.

M. Vigouroux, en appliquant les pôles d'un aimant à peu de distance de la jambe gauche qui est libre, en détermine la contracture pendant que la jambe droite, qui était contracturée, recouvre sa souplesse. M. Bourneville fait tout cesser en quelques instants par la compression ovarienne droite, maintenue quelques minutes. Les contractures disparaissent, la parole revient, elle entend.

Mais alors survient un *hoquet violent* avec des *secousses dans le ventre et les membres supérieurs.* Elle vomit à deux reprises des matières vertes et du café qu'elle avait pris hier.

Les secousses, d'abord assez violentes et très rapprochées, s'éloignent peu à peu et diminuent d'intensité; à quatre heures de l'après-midi, elle n'a plus qu'un rare hoquet qui ne s'accompagne que de légers mouvements convulsifs dans les bras.

« 20 octobre 1872. — Observation Ler... — Attaque hystérique, avec contorsions violentes, suivie, le 21, de *paralysie de la vessie* avec *rétention d'urine* nécessitant le cathétérisme, et, le 22, *d'une contracture de la langue* exigeant l'alimentation par la sonde œsophagienne. La langue est dure, comme tassée, rétrécie dans sa largeur, mais épaissie, recourbée en S. La pointe est appliquée contre la face postérieure de la partie droite de l'arcade dentaire inférieure. La première courbure de l'S comprend les deux tiers postérieurs de la langue, qui fait gros dos. Les piliers antérieurs du voile du palais sont contracturés, insensibles au contact. La base de la langue obture à peu près absolument l'isthme du voile palatin.

» 27 octobre. — Attaques violentes à la suite desquelles disparaissent la contracture de la langue et celle du col vésical. A la rétention d'urine succède une incontinence. D'habitude, les contractures disparaissent en deux temps[1]. »

1. Bourneville, *loc. cit.*, p. 140.

Il n'est pas rare de voir au contraire des troubles musculaires, contractures ou paralysies, qui existaient parfois depuis plusieurs années, cesser brusquement à la suite d'une attaque convulsive. Des faits de ce genre ont pu passer pour des miracles, comme le témoigne le récit de Montgeron.

Je ne ferai qu'indiquer ici les sécrétions qui parfois terminent l'attaque.

Les urines abondantes et claires ont été signalées par tous les auteurs. Pour Sydenham, l'urine claire est un signe pathognomonique de l'hystérie.

Mathieu parle de l' « émission d'une sorte de mucus vaginal, si fréquemment observée à la fin des attaques d'hystérie, que des auteurs ont considéré comme un sperme féminin[1] ».

« Une jeune dame, rapporte Cerise, avait plusieurs fois par jour de légères attaques d'hystérie, lesquelles se terminaient par une abondante salivation[2]. »

Cette quatrième période peut durer de quelques heures à plusieurs jours.

1. Mathieu, *loc. cit.*, p. 505.
2. Cerise, *Ann. méd. psyc.*, sept. 1843.

CHAPITRE VI

MARCHE. — DURÉE DES ATTAQUES. ÉTAT DE MAL HYSTÉRO-ÉPILEPTIQUE

A. *Marche des attaques. Durée.* — Les périodes dont on vient de lire la description se succèdent dans l'ordre que nous avons suivi, pour constituer une *attaque d'hystéro-épilepsie* régulière et complète. La période épileptoïde dure en moyenne de une à trois minutes. D'ordinaire elle est nettement séparée, par un moment de calme, de la seconde période (clownisme : grands mouvements et contorsions), dont la durée est à peu près égale à celle de la période épileptoïde. Enfin la ligne de démarcation est bien moins nette entre les attitudes passionnelles et la deuxième période, l'hallucination commençant quelquefois pendant celle-ci. La période des attitudes passionnelles est la plus longue, elle dure en moyenne de cinq minutes à un quart d'heure.

Ces trois périodes, qui constituent à proprement parler l'attaque, ont ensemble une durée moyenne d'un quart d'heure à une demi-heure. La quatrième période, qui est plutôt une sorte de prolongation de l'attaque que l'attaque elle-même, a une durée fort difficile à préciser. Elle peut être fort courte, de quelques minutes seulement, ou se prolonger beaucoup plus longtemps.

B. *Etat de mal hystéro-épileptique.* — L'attaque d'hystéro-épilepsie se montre très rarement isolée. Elle se répète plusieurs fois de suite, pour former ce qu'on appelle des séries d'attaques, parfois fort longues. C'est l'état de mal hystéro-épileptique.

Dans les séries, les attaques se succèdent de deux façons :

1° Elles s'imbriquent, c'est-à-dire qu'une attaque n'est pas finie qu'une autre recommence aussitôt. La malade ne reprend pas connaissance. Dans ces cas, la quatrième période fait défaut, et les attitudes passion-

nelles sont brusquement interrompues par la période épileptoïde d'une nouvelle attaque. La quatrième période ne se montre qu'à la fin de la série.

2° Les attaques sont séparées par un intervalle de lucidité plus ou moins long, comme il arrive toujours chez Gl..., qui, entre chacune des attaques composant ses séries, jouit d'un repos de dix minutes à un quart d'heure. Dans ce cas, l'attaque est complète et la quatrième période est représentée.

Le nombre des attaques qui composent une série peut être considérable, de vingt à cent, quelquefois davantage. La série se prolonge pendant quatre, cinq heures et même un jour entier.

Enfin, les séries elles-mêmes peuvent se succéder, ne laissant par jour que peu d'heures de repos, pendant lesquelles la malade prend quelque nourriture. Et cet état peut durer quinze jours, un mois et même davantage.

Georget parle d'un cas où l'attaque avait duré quarante-cinq jours, et les attaques partielles qui la composaient avaient des intervalles de repos de quarante à cinquante minutes.

Un caractère clinique très important, signalé par M. Charcot dans ses *Leçons sur les maladies du système nerveux*, sépare l'*état de mal hystéro-épileptique* de l'*état de mal épileptique* : « Si, dans l'état de mal épileptique à grandes séries, la température s'élève très rapidement à un haut degré, en même temps que la situation devient des plus graves, au contraire, dans l'état de mal hystéro-épileptique à longue série, la température ne dépasse guère le chiffre normal, et d'ailleurs l'état général concomitant n'est pas de nature à inspirer de l'inquiétude. » (Charcot.)

Les attaques qui composent une même série ne sont pas toutes d'égale durée, ni parfaitement semblables. Dans le commencement, les attaques se montrent violentes et précipitées; vers la fin de la série, au contraire, elles se prolongent et semblent gagner en étendue ce qu'elles perdent en intensité.

Si nous essayons de résumer les observations que nous avons faites à ce sujet, voici comment, dans la généralité des faits, se comporte une série d'attaques dont la durée est de plusieurs heures.

Dès le début l'attaque est souvent incomplète; une des périodes fait entièrement défaut ou ne se présente qu'à l'état d'ébauche. Bientôt les trois principales périodes se montrent complètement développées; période épileptoïde, période des contorsions et des grands mouvements, période des attitudes passionnelles se suivent sans interruption, et ne laissent à la malade ni trêve ni repos. C'est en quelque sorte le *fasti-*

gium ou la *période d'état* de la série; la durée en est plus ou moins longue. Puis la violence des accidents diminue peu à peu. Les diverses périodes sont séparées par un intervalle de repos et les *attitudes passionnelles* sont suivies du délire de la quatrième période, qui prend une importance de plus en plus grande. Ce délire s'accompagne parfois d'une demi-connaissance, et quelques instants de lucidité complète séparent les attaques. Les *grands mouvements* ont souvent cessé ; les *contorsions* sont rares; enfin les *attitudes passionnelles* s'effacent peu à peu, cédant la place aux accidents variés de la quatrième période. Le délire se prolonge, les contractures générales ou partielles surviennent et arrachent des cris à la patiente. Il ne reste plus des autres périodes de l'attaque que quelques phénomènes épileptiformes qui se montrent de loin en loin et finissent par s'épuiser complètement.

La malade demeure encore en proie à quelques-uns des phénomènes de la quatrième période, qui cessent bientôt entièrement, ou persistent au contraire pendant un temps fort long.

Voici quelques observations dans lesquelles la durée des diverses périodes a été notée avec soin; on y trouvera quelques exemples de la façon dont se modifient les attaques vers la fin de la série.

14 mars. — Gl...

I. 1° Période épileptoïde.................................. 85″
Intervalle de calme.................................. 30″
2° Grands mouvements.................................. 60″
3° Attitudes passionnelles. — Scènes gaies.................................. 85″
Scènes de terreur qui se terminent par quelques attitudes érotiques de courte durée.................................. 135″

II. 1° Période épileptoïde.................................. 85″
Calme.................................. 10″
2° Grands mouvements.................................. 90″
3° Attitudes passionnelles :
Phase gaie.................................. 90″
Phase terrible.................................. 40″

III. 1° Période épileptoïde.................................. 60″
2° Grands mouvements.................................. 110″
3° Attitudes passionnelles :
Colère, provocation.................................. 30″
Supplication.................................. 45″
Lubricité.................................. 45″

IV. 1° Période épileptoïde.................................. 60″
2° Grands mouvements.................................. 90″
3° Attitudes passionnelles.................................. 150″

Les attaques suivantes, observées chez Marc..., ne présentent que deux périodes : *a*) période épileptoïde ; *b*) période des hallucinations et de délire.

1°	— Période épileptoïde	55″
	Tableau gai	45″
	Cris, plaintes	15″
	Colère et dédain	30″
	Reproches	40″
	Délire indifférent	15″
2°	— Période épileptoïde	30″
	Délire triste, plaintes	15″
3°	— Période épileptoïde	40″
	Tableau terrible	25″
	Défi	50″
4°	— Période épileptoïde	20″
	Supplication	10″
	Gaieté	45″
5°	— Période épileptoïde	90″
	La période épileptoïde se répète sans interruption	45″
	Hallucination	15″
6°	— Période épileptoïde	35″
	La période épileptoïde se répète comme dans l'attaque précédente	30″
	Tableau gai	30″
	Tableau terrible	15″
	Désespoir	10″
	Joie	10″
	Lubricité	45″
	Désespoir ; s'arrache les cheveux	40″
7°	— Période épileptoïde	40″
	Délire se prolonge	20″

Ler..., 11 février 1878. — Grandes attaques. Les attaques ont débuté à sept heures et demie, il est neuf heures vingt lorsque nous observons la malade. Nous sommes au plus fort de la série, qui se termine à onze heures. Voici la durée et la composition des cinq dernières attaques dont nous sommes témoin :

1re Attaque. Durée de quinze minutes. Elle est ainsi composée :

a) Période épileptoïde.
b) Grands mouvements et contorsions de la deuxième période.
c) Hallucinations terribles de la troisième période.

2e Attaque. Durée de quinze minutes.
a) Période épileptoïde.
b) Grands mouvements et contorsions de la deuxième période.
c) Hallucinations terribles de la troisième période.
d) Le délire de la quatrième période apparaît.

3e Attaque. Durée de six minutes. Bien que plus courte, cette attaque présente les mêmes caractères que le numéro 1. On n'observe pas le délire de la quatrième période.

4e Attaque. Durée de quatorze minutes et plus.
a) Période épileptoïde.
b) Contorsions et grands mouvements de la deuxième période.
c) Les hallucinations terribles de la troisième période n'existent pas.
d) Délire de la quatrième période.

5e Attaque. Durée de trente et une minutes.
a) Période épileptoïde.
b) Rage et grands mouvements.
c) Les hallucinations de la troisième période ne reparaissent pas.
d) La quatrième période se prolonge.

L'on voit dans la seconde moitié de cette série les hallucinations de la troisième période se supprimer pour faire place au délire de la quatrième période.

18 mars 1878. — Marc... a ses grandes attaques depuis neuf heures du matin. Elles se succèdent sans interruption pour constituer une série, ou état de mal hystéro-épileptique. Jusqu'à 10 heures 20, moment où nous l'observons, on a déjà compté dix-neuf attaques.

Les attaques sont composées des trois périodes. Voici comment se déroule l'attaque dont nous sommes témoin à notre arrivée :

20e attaque. — 1re Période. Grands mouvements toniques décrits p. 49, et représentés fig. 17, avec grincements de dents, puis mouvements cloniques généralisés. Ondulation du ventre. — Cette période est très courte.

2e Période. Trois grands mouvements de « salutation ». Trois cris perçants et prolongés. — Arc de cercle.

3e Période. Délire lubrique avec attitudes passionnelles en rapport avec l'hallucination. — Elle appelle Ernest, envoie des baisers, etc... ; vers la fin, elle voit des rats, se livre contre eux à une lutte acharnée.

Nous prenons note de la durée des attaques qui suivent :

21e attaque. — 1re et 2e Périodes........................ 35″
3e Période.. 4′ 40″

22e attaque. — 1re et 2e Périodes........................ 1′ 10″
3e Période.. 5′

23e attaque. — 1re Période.. 50″
2e Période.. 45″
3e Période.. 30′

Pendant cette dernière période, qui se prolonge 1/2 heure, les attitudes passionnelles ne cessent pas un seul instant. Les tableaux gais et les tableaux tristes se succèdent. Et tour à tour « Ernest » et la « négresse » en font les frais, ainsi que nous l'avons raconté plus haut (p. 97).

24e attaque. — 1re Période.. 1′
2e Période manque.

Les attitudes passionnelles font également défaut et sont remplacées par un délire triste accompagné de plaintes et de contractures généralisées que l'on doit ranger dans la 4e période. La durée de cette 4e période est de.. 2′

25e attaque. — 1re Période.. 40″
2e Période n'existe pas.
3e Période avec attitudes passionnelles bien caractérisées.. 10′

Comme d'habitude, les scènes d' « Ernest » et de la « négresse » apparaissent et la remplissent tout entière; mais c'est pour la dernière fois. Dans les attaques qui suivent, la 3e période n'existe plus et est remplacée par les phénomènes de la 4e période. Cette modification des attaques présage la fin de la série.

26e attaque. — 1re Période, consistant surtout en grands mouvements toniques. La phase de résolution n'existe pas.. 70″
2e Période n'existe pas.
3e Période fait défaut.
4e Période marquée par un délire triste, accompagné de plaintes et de contractures généralisées, la connaissance revient en partie.. 6′

27e attaque. — 1re Période.. 60″
2e et 3e Périodes manquent.
4e Période comme précédemment.. 3′

28e attaque. — 1re Période.. 80″
2e et 3e Périodes manquent.
4e Période marquée par un délire plus calme. Elle

pleure abondamment. La contracture persiste néanmoins.......................... 4′

29e attaque. — 1re Période.......................... 55″
4e Période avec pleurs, plaintes et contracture généralisée.......................... 3′

30e attaque. — 1re Période.......................... 50″
4e Période se prolonge.

Marc... pleure, la contracture se détend peu à peu, et les douleurs sont moins vives.

Dans cette série d'attaques nous avons vu, vers la fin, les grands mouvements disparaître, et les attitudes passionnelles de la 3e période être remplacées par des phénomènes qui appartiennent à la 4e période.

1er février 1878. — Marc... pendant que nous la questionnons sur les signes prodromiques qu'elle ressent depuis le matin, tombe tout d'un coup en attaque ; il est trois heures et demie.

Les attaques se succèdent rapidement, nous notons leur durée ainsi qu'il suit :

....

4e attaque. — 1° Période épileptoïde écourtée, réduite à une tétanisation généralisée avec grincements de dents, palpitations des paupières et ondulation des parois abdominales.......................... 20″
2° Cris. Grands mouvements.......................... 30″
3° Attitudes passionnelles. Lubricité.......................... 1′20″

5e attaque. — 1° Période épileptoïde écourtée.......................... 15″
2° Cris. Grands mouvements.......................... 45″
3° Attitudes passionnelles. Lubricité et dégoût..... 1′15″

6e attaque. — 1° Période épileptoïde.......................... 30″
2° Cris. Grands mouvements.......................... 30″
3° Attitudes passionnelles.......................... 3′45″

7e attaque. — 1° Période épileptoïde.......................... 15″
2° Grands mouvements.......................... 1′45″
3° Attitudes passionnelles.......................... 1′30″

8e attaque. — 1° Période épileptoïde.......................... 15″
2° Cris. Grands mouvements.......................... 20″
3° Attitudes passionnelles.......................... 1′30″

9e attaque.	—	1° Période épileptoïde plus accusée	45″
		2° Cris. Grands mouvements	45″
		3° Attitudes passionnelles	3′ 15″
10e attaque.	—	1° Période épileptoïde écourtée	10″
		2° Grands mouvements	20″
		3° Attitudes passionnelles	1′ 25″
11e attaque.	—	1° Période épileptoïde	10″
		2° Grands mouvements. Cris	15″
		3° Attitudes passionnelles, dégoût, lubricité, fureur.	12′
12e attaque.	—	1° Période épileptoïde	20″
		2° Grands mouvements. Cris	40″
		3° Attitudes passionnelles	6′ 35″
13e attaque.	—	1° Période épileptoïde	25″
		2° Grands mouvements. Cris et contorsions	2′
		3° Attitudes passionnelles	13′
....			
15e attaque.	—	1° Période épileptoïde très accusée : phase tonique avec les grands mouvements de moulinet des bras, phase clonique avec la respiration saccadée	1′
		2° Grands mouvements	45″
		3° Attitudes passionnelles	13′
....			
18e attaque.	—	1° Période épileptoïde	20″
		2° Cris. Grands mouvements. Rage	40″
		3° Attitudes passionnelles	2′
19e attaque.	—	1° Période épileptoïde bien marquée	45″
		2° Grands mouvements. Rage, mouvements désordonnés	3′
		3° Attitudes passionnelles	2′
20e attaque.	—	1° Période épileptoïde	25″
		2° Grands mouvements	10″
		3° Attitudes passionnelles	15″
21e attaque.	—	1° Période épileptoïde, avec phase tonique et clonique bien accusée	1′
		2° Pas de grands mouvements.	
		3° Pas d'attitudes passionnelles.	
		4° Plaintes	1′

A ce moment l'attaque change de physionomie. On ne retrouve plus les grands mouvements, ni les attitudes passionnelles. Par contre surviennent les contractures généralisées et le délire triste de la 4e période.

22e attaque. — 1° Période épileptoïde........................ 25″
2° Grands mouvements........................ 10″
3° Pas d'attitudes passionnelles.
4° Contracture généralisée, avec plaintes et retour de la connaissance........................ 3′

23e attaque. — 1° Période épileptoïde courte........................ } 2′
4° Contracture généralisée, plaintes........................ }

24e attaque. — 1° Période épileptoïde bien marquée, avec phase tonique, grincements de dents et phase clonique........................ } 2′ 30
4° Contracture généralisée........................ }
Délire triste, demande pardon........................ }

25e attaque. — 1° Période épileptoïde........................ } 1′
4° Plaintes et contractures........................ }

26e attaque. — 1° Période épileptoïde........................ } 2′
4° Délire triste........................ }

27e attaque. — 1° La période épileptoïde est réduite aux grands mouvements toniques........................ 15″
4° Contractures généralisées. Plaintes. Retour de la connaissance........................ 3′

28e attaque. — 1° Période épileptoïde marquée, au milieu de la contracture généralisée qui persiste, par la perte de connaissance, l'exacerbation de la contracture, les grands mouvements toniques, et les convulsions toniques des membres et des muscles de la face........................ 45″
4° Retour de la connaissance. Plaintes. Contracture généralisée........................ 2′15″

29e attaque. — 1° Période épileptoïde comme précédemment........ 30″
4° Contracture généralisée, plaintes........................ 5′

30e attaque. — 1° Période épileptoïde incomplète.
2° Plaintes et contractures généralisées, délire.

Enfin, l'attaque se trouve réduite à un état de contracture généralisée avec

retour de la connaissance et sensation douloureuse très vive dans les membres contracturés. De temps à autre surviennent quelques phénomènes épileptoïdes qui s'accompagnent d'une perte de connaissance de courte durée. La malade demande à grands cris qu'on la soulage.

Nous lui donnons du chloroforme. Il est cinq heures et demie. — La série d'attaques a duré deux heures et a été composée de 30 attaques. La durée moyenne de chaque attaque a donc été de quatre minutes.

A la suite des séries d'attaques, la malade est courbaturée, mais elle est loin d'éprouver une fatigue en rapport avec la dépense musculaire énorme qui s'est produite. La plupart même sont encore, pendant plusieurs heures, en proie à une agitation qui éloigne le repos. Quand tout est fini, il faut peu de temps pour réparer les forces; le visage, un peu défait, ne tarde pas à reprendre sa coloration habituelle, et aucun signe sur la physionomie ne trahit la gravité des accidents qui viennent d'avoir lieu. Même chez les hystériques dont les séries sont fréquentes, la santé générale ne paraît pas altérée; plusieurs ont de l'embonpoint.

La régularité que nous avons signalée dans le mode de succession des diverses périodes d'une attaque, peut se retrouver dans le mode de succession des attaques qui composent une série.

Un exemple bien curieux nous en est donné depuis quelque temps par Wit...

Les attaques composant la série ne se ressemblent pas. La série compte quatre attaques qui se succèdent ainsi qu'il suit :

N° I. — 1re *Période.* — Tétanisme prolongé; membres dans l'extension; — mouvements cloniques; — secousses; — stertor; — écume.

2e *Période.* — Grands mouvements; — la tête frappe l'oreiller.

3e *Période.* — Attitudes passionnelles; elle voit le loin rouge; — crainte, terreur et menace; elle lève le poing.

N° II. — 1re *Période.* — Semblable à la précédente.

2e *Période.* — Grands mouvements; la tête frappe l'oreiller; — puis arc de cercle parfait; les bras sont dans l'extension; les yeux ne sont pas convulsés; respiration normale. Cette période se prolonge de deux ou trois minutes.

La période des attitudes passionnelles fait défaut.

N° III. — 1re *Période.* — Ne varie pas.

2e *Période.* — Grands mouvements ; pas de contorsions.

3e *Période.* — Attitudes passionnelles; elle voit Alphonse; scène lubrique; réveillée, elle se plaint amèrement.

N° IV. — 1re *Période.* — Toujours la même.

2e *Période.* — Grands mouvements; — puis contorsion qui ne res-

semble pas complètement à la contorsion du n° II ; arc de cercle incomplet : elle est couchée sur le côté droit, les bras fléchis, les coudes portés en avant et les mains sur la poitrine ; durée, deux à trois minutes.

La *troisième période* manque, comme dans l'attaque n° II.

Après cette première série commence immédiatement une seconde série, exactement semblable à la première, et ainsi de suite. En résumé, l'attaque entière est composée d'une série de séries.

Cet ordre est tellement invariable que si par la pression ovarienne on supprime l'attaque n° I à son début, c'est l'attaque n° II qui commence. Si l'on veut me permettre une comparaison un peu banale, mais qui me paraît devoir bien faire comprendre ce qui se passe ici, notre malade ressemble à ces boîtes à musique qui possèdent plusieurs airs différents, mais disposés dans un ordre invariable. Arrêtons-nous successivement une, deux, trois attaques, il semble que nous ayons sauté un, deux, trois crans de la boîte à musique, et si nous laissons ensuite l'attaque suivre son cours, c'est le motif suivant, le n° IV, qui s'exécute. De telle sorte que chez cette malade nous pouvons à volonté laisser se dérouler l'une ou l'autre de ses attaques.

CHAPITRE VII

PARALLÈLE DE LA GRANDE ATTAQUE HYSTÉRIQUE OU ATTAQUE HYSTÉRO-ÉPILEPTIQUE ET DE L'ATTAQUE D'HYSTÉRIE VULGAIRE

Après avoir bien défini les caractères de la grande attaque d'hystérie, il est nécessaire de rechercher quelles relations existent entre la grande attaque et l'attaque d'hystérie vulgaire, de l'hystérie que le praticien rencontre journellement. La grande hystérie, avec ses manifestations de prime abord si étranges, n'est-elle pas quelque chose d'absolument distinct de ce que l'on désigne habituellement sous le nom d'hystérie ?

J'espère montrer par les rapprochements nombreux qui existent entre notre description et celle que les auteurs ont donnée de l'hystérie vulgaire, qu'on ne saurait séparer les deux affections pour en faire deux maladies de nature différente, et que l'hystérie vulgaire, ou petite hystérie, ne doit être considérée que comme une atténuation, ou, si l'on veut, l'état rudimentaire de l'hystéro-épilepsie ou *hysteria major*.

Nous nous contenterons de passer en revue les principaux auteurs qui ont écrit sur l'hystérie depuis le commencement du siècle.

Louyer-Villermay décrit une variété d'hystérie qu'il appelle hystérie épileptiforme, et dans laquelle les symptômes épileptiques ne sont point rapportés à l'épilepsie véritable, mais ne sont considérés que comme une nouvelle manifestation de l'hystérie plus intense.

« Son diagnostic, dit-il en parlant de l'hystérie épileptiforme, son pronostic, ses complications, conversions et terminaisons, enfin son traitement, sont les mêmes que ceux de l'hystérie ordinaire. » Cette forme de l'hystérie correspond donc bien à l'hystéro-épilepsie à crises mixtes ou grande hystérie dont nous nous occupons. Dans la description qu'il en donne, Louyer-Villermay n'insiste que sur l'apparence

épileptique des attaques, et, pour la séparer de l'épilepsie véritable, ne s'appuie que sur des faits étrangers aux accès : symptômes permanents, étiologie, marche de la maladie, terminaison, etc. C'est donc là ce qu'on pourrait appeler une énumération incomplète, et nous pouvons dire que, dans son hystérie épileptiforme, cet auteur n'a vu que la période épileptoïde de la grande hystérie.

Mais voilà qui est bien fait pour confirmer son opinion et prouver l'identité de nature de la grande et de la petite hystérie. Les traits qui manquent à sa description, c'est-à-dire les phénomènes spéciaux qui caractérisent la deuxième et la troisième période, nous allons les retrouver, sinon dans leur état de complet développement, au moins en germe, dans l'exposé qu'il fait des crises de l'hystérie vulgaire.

Il distingue trois degrés, suivant la violence des symptômes.

1er degré. — Peut se résumer ainsi : boule hystérique, suffocation; quelques mouvements convulsifs; battements grands et forts vers la tête; palpitations du cœur parfois précipitées et tumultueuses; souvent du trismus. Le ventre se gonfle momentanément, ainsi que la poitrine et le col; le visage rougit et pâlit alternativement; les extrémités se refroidissent.

2e degré. — « ... L'invasion est presque toujours subite, et dès le principe, *perte ordinairement incomplète des sens et de l'entendement;* état de syncope plus ou moins prolongé, mais rarement absolu; resserrement de l'abdomen plus considérable, palpitations violentes, gonflement extraordinaire de la poitrine, du col et de la figure, qui devient d'un rouge violet, ou reste très pâle; resserrement plus considérable des mâchoires, qui rend la déglutition presque impossible; *salivation ou écume, rarement très abondante;* constriction douloureuse au larynx, respiration difficile, *menaces de suffocation.* Le spasme s'étend bientôt à tous les muscles soumis à la volonté; les membres, le tronc, la tête sont agités de mouvements convulsifs, variés, analogues à ceux du tétanos; *tantôt c'est une sorte d'opisthotonos, d'autres fois c'est un emprosthotonos;* ces convulsions se prolongent plus ou moins, puis cessent pour reparaître presque aussitôt; ces alternatives d'agitation et de calme apparent se succèdent un nombre de fois indéterminé. *Les malades se frappent la poitrine, se tordent les bras ou se mordent les mains.* Dans leur rage innocente, elles cherchent à déchirer, à l'aide de leurs dents, tout ce qu'elles peuvent saisir, et ne s'épargnent pas elles-mêmes, elles se font parfois d'assez fortes blessures à la langue, aux mains, etc...

» Quelques hystériques sont, au milieu de leurs accidents convulsifs, dans un état fort remarquable; elles ne voient ni entendent, et cependant elles tiennent des propos sensés, font des observations fines et judicieuses, *mais bientôt déraisonnent, voient des fantômes, méconnaissent et tour à tour reconnaissent leurs parents ou leurs amis*, etc. »

3e degré. — A la suite des accès convulsifs très violents, sorte de collapsus, mort apparente.

« Dans d'autres cas le 3e degré est caractérisé par un autre ordre de phénomènes; *une intensité plus grande dans les accidents convulsifs et dans*

l'exaltation mentale ou le délire des sens qui avoisine la nymphomanie, avec cette différence essentielle que la nymphomanie est une affection continue, offrant des redoublements, tandis que la névrose utérine est une maladie intermittente, revenant par accès irréguliers, etc.[1]... »

En résumé, dans le premier degré, nous retrouvons les divers phénomènes de l'aura hysterica; dans le second degré, des *signes épileptoïdes* évidents, puis l'indication des *contorsions* et des *grands mouvements*, et les *troubles intellectuels avec les hallucinations* qui caractérisent notre troisième et notre quatrième période; dans le troisième degré, en dehors des cas de collapsus et de mort apparente qui doivent être considérés plutôt comme des variétés, il est parfaitement indiqué qu'il existe une intensité plus grande dans les mouvements convulsifs et dans l'*exaltation mentale* ou *le délire des sens.*

Les doctrines de Louyer-Villermay, qui faisait de l'hystérie une maladie dépendant exclusivement de l'utérus, furent, quelques années plus tard, énergiquement combattues par Georget, qui mettait sur le compte des troubles cérébraux toutes les manifestations hystériques.

Les descriptions[2] de ce dernier auteur, qui observa longtemps à la Salpêtrière, ont un caractère de précision scientifique qui manque aux observations de Louyer-Villermay, et se rapprochent beaucoup plus de la vérité. Au point de vue qui nous occupe, elles sont particulièrement intéressantes.

Les prodromes, qui peuvent exister plusieurs jours à l'avance, sont décrits avec une précision qui ne laisse rien à désirer.

On peut juger du reste de la description par les extraits suivants :

« Les malades qui conservent en partie l'usage des fonctions cérébrales souffrent des douleurs horribles dans la tête : il semble aux uns que l'on comprime cette partie sur une enclume; à d'autres, qu'on la brise à grands coups de marteau; à quelques-uns, que leur cervelle est en ébullition et en contact avec du feu ou de l'huile bouillante; il en est qui entendent dans le crâne des bruits effroyables, des détonations, des sifflements, etc.

» Presque tous les malades se plaignent ou profèrent un cri particulier qui ressemble souvent au hurlement du loup ou à l'aboiement du chien; la face est vultueuse, rarement convulsée. Généralement, le plus souvent, il n'y a que des serrements de mâchoires, des claquements, des grincements de dents; *dans un très petit nombre de cas la face est contournée et violette comme dans l'épilepsie; quelquefois aussi les malades rendent, comme ces derniers, une écume abondante par la bouche.* Les veines jugulaires sont extraordinairement gonflées. *Les mouvements acquièrent une énergie*

1. *Dictionnaire des sc. méd.*, t. XXII.
2. *Dict. de méd.* en 30 vol., 1837, art. HYSTÉRIE.

extraordinaire; le tronc et les membres se fléchissent et se redressent alternativement avec une telle force que, si le malade est libre, *il fait des sauts, des bonds, des chutes épouvantables, et que cinq ou six personnes ont peine à le contenir quand une seule suffirait hors le temps de ses attaques.* L'abdomen est souvent rétracté et la compression exercée sur les viscères douloureuse, d'autres fois il est gonflé extraordinairement.

» Dans un très petit nombre de cas, au lieu des mouvements convulsifs étendus, il ne se manifeste que *des raideurs convulsives et des contorsions des membres, qui ne font point changer le malade de place.* (Contorsions, attitudes illogiques...) Les mouvements du cœur sont forts, tumultueux, les carotides sont vibrantes, j'ai observé plusieurs malades qui vomissaient fort souvent des flots de sang durant leurs attaques.

» La durée des attaques est ordinairement de plusieurs heures; mais les accidents ne conservent pas toujours la même intensité : toutes les trois, quatre ou cinq minutes, plus ou moins, les cris et les mouvements convulsifs cessent pour quelques instants, pendant lesquels le malade se plaint, mais ne recouvre point ordinairement la parole. Quelquefois cependant on voit de longues attaques, des attaques qui durent un ou plusieurs jours, qui présentent des intervalles de repos plus grand, pendant lesquels les malades reviennent à eux, boivent et même prennent des aliments...

» Quelquefois, à la suite de leurs attaques ou *dans l'intervalle des paroxysmes,* les malades tombent dans un état *de rêvasserie ou de somnambulisme.* »

La distinction entre les convulsions de la première et celles de la deuxième période est parfaitement indiquée un peu plus loin.

Après avoir rapporté la division de Louyer-Villermay, Georget ajoute :

« La seule distinction à faire et qui soit bien tranchée, est relative à l'intensité des attaques et se tire de l'état des fonctions de l'entendement. Tantôt, en effet, les malades ne perdent point tout à fait connaissance, et *tantôt ils la perdent entièrement.* Chez les premiers les convulsions sont moins intenses; ce ne sont, pour ainsi dire, que des efforts commandés par la douleur; ce sont les malades eux-mêmes qui donnent cette explication, comparant ce qui arrive dans cette circonstance à l'espèce de raidissement général que l'on oppose machinalement à toute sensation douloureuse, vive et instantanée. Ce qu'il y a de certain, c'est que, dans ces attaques, ce ne sont, en général, que les muscles employés dans les grands efforts qui sont particulièrement mis en mouvement : ce sont les muscles des membres, du tronc, et quelquefois les élévateurs des mâchoires, tandis que les petits muscles de la face sont en repos, n'altèrent point les traits et donnent à la physionomie une simple expression de souffrance; les convulsions consistent en de grands mouvements de flexion et d'extension qui dénotent une suractivité musculaire plutôt qu'un état morbide variable.

» Mais chez les malades qui perdent complètement la connaissance, les convulsions sont ordinairement plus intenses et se rapprochent davantage de l'attaque épileptique. Quelques-uns ont un côté du corps plus affecté que l'autre,

et la face est contournée. C'est dans cette classe que s'observent le plus souvent les malades qui, dans leurs attaques, ont de l'écume à la bouche, la face violette et noire, ceux qui sont en même temps hystériques et épileptiques... »

La distinction des deux premières périodes (période épileptoïde et période de clownisme) ne saurait être mieux faite, et leur invasion dans une même attaque est parfaitement indiquée plus loin : «... Et quelquefois une même attaque présente des paroxysmes hystériques et des paroxysmes épileptiques. »

Foville[1] s'applique à exclure de la symptomatologie de l'hystérie tout signe épileptique.

« Je ne crois pas, avec beaucoup d'auteurs, que l'attaque hystérique puisse exister encore lorsque, à une perte subite de connaissance, à des convulsions violentes, se trouve jointe la circonstance de la lividité de la face, de l'écoulement d'une bave écumeuse, de convulsions plus prononcées d'un côté du corps que de l'autre. Ce sont là pour moi de purs symptômes d'épilepsie, bien distincts de l'affection hystérique, et qu'on ne pourrait confondre avec eux. »

Par contre, les phénomènes de la troisième période sont expressément indiqués plus loin dans le cours de la description :

« D'autres fois, au contraire, immobile, l'œil fixe, insensible aux excitations extérieures, la malade offre, pendant les rémissions de ses attaques, un état singulier d'extase ou de somnambulisme. »

Monneret[2] au contraire fait une assez large part aux symptômes épileptoïdes, mais il n'est rien, dans sa description, que l'on puisse rapporter à la troisième ou à la quatrième période.

« Peu de temps après l'apparition du globe hystérique et de la contraction spasmodique des muscles du pharynx, la malade pousse un cri aigu ou un son rauque et inarticulé, tombe et perd connaissance. Chez la plupart elle est conservée...

» En même temps, les muscles des différentes parties du tronc se convulsent; la poitrine, la face et le col se gonflent et deviennent pâles ou très rouges et livides, ce qui est le cas le plus ordinaire chez les personnes robustes et pléthoriques. Le cou, par suite de cette constriction, se tuméfie parfois énormément; les veines, distendues par le sang, font une saillie considérable sous la peau; la face est souvent *aussi livide que dans l'épilepsie*. Chez un grand nombre de malades, les mouvements convulsifs qui agitent les lèvres et

1. *Dict. de méd. de chir. pratiq.* Paris, 1833, art. HYSTÉRIE.
2. *Compendium de médecine*, art. HYSTÉRIE, 1883.

les mâchoires *déterminent la sortie d'une salive plus ou moins abondante, comme dans l'épilepsie :* ce phénomène est cependant plus rare que dans la dernière affection. Le larynx se serre convulsivement et fait entendre par intervalle quelques sons rauques ou un bruissement sourd provoqué par le passage de l'air qui est difficile... »

Suit la description des convulsions qui ont pour caractère dominant la violence et la grande étendue des mouvements. Elles affectent surtout les muscles qui servent à la flexion ou à l'extension des membres. Chez quelques malades la convulsion devient tonique, etc.

Gendrin[1] signale comme se rattachant à l'hystérie vulgaire, et comme faisant corps avec les autres manifestations de l'attaque, les paroxysmes d'extase ou de manie.

« C'est une erreur de rattacher à l'hystérie comme phénomène constant les attaques de spasme suffocant avec sentiment d'ascension de boule hystérique. Il est deux autres formes de l'attaque qui sont très fréquentes et qui *coïncident* souvent ou alternent avec les suffocations hystériques, ce sont les *paroxysmes d'extase ou de manie.* »

Landouzy[2] insiste sur le délire, l'exaltation, les hallucinations... qui peuvent se rencontrer pendant l'attaque d'hystérie.

« Le délire n'est pas rare... pendant les accès d'hystérie. Quand la maladie résulte d'une cause morale, les idées délirantes roulent ordinairement sur tout ce qui se rapporte à cette cause, et peuvent même mettre le médecin sur la voie de circonstances qu'il lui importe de connaître, et qu'on croyait avoir intérêt à lui cacher.

» D'autres fois, c'est un délire furieux, avec envie de battre, de mordre, de se sauver, de se suicider.

»... Les hallucinations, les illusions et la perversion des sens, se remarquent aussi dans un assez grand nombre d'accès. Les unes aperçoivent sans cesse, pendant la crise, l'objet qui a causé leur première frayeur; les autres accusent les sensations les plus extraordinaires, *se plaignent de cordes qui leur compriment les membres, de bêtes qui leur rongent les os*, etc., etc.

» Dans quelques crises, c'est une sorte d'extase ou de somnambulisme; dans d'autres, une exaltation qui accroît d'une manière subite et élève à un degré vraiment extraordinaire les facultés intellectuelles.

» Selon Cabanis, rien n'est moins rare que de voir les femmes acquérir, dans leur accès de vapeur, une pénétration d'idées qu'elles n'avaient pas naturellement, et ces avantages, qui ne sont que maladifs, disparaître quand la santé revient[3]. »

1. *Bulletin de l'Acad. roy. de méd.*, t. XI, 1845-1846.
2. *Traité complet de l'hystérie*, par Landouzy. Paris, 1346, p. 83.
3. Musset, *Malad. nerv.*, p. 281 (cité par Laudouzy).

A propos des phénomènes épileptoïdes qui se rencontrent dans l'attaque d'hystérie vulgaire, l'opinion du même auteur est facile à déduire du passage suivant qui a trait au diagnostic de l'hystérie et de l'épilepsie :

« Il semblerait, après ces différences si nombreuses et si précises, qu'il n'est pas de confusion possible entre l'hystérie et l'épilepsie.

» Cette proposition est vraie pour les cas bien déterminés de l'une ou de l'autre névrose; mais pour tous les cas moins bien tranchés, et on sait combien ils sont nombreux dans ces affections, la plupart des différences que nous avons signalées cessent d'être appréciables, ou, si elles existent, d'autres phénomènes viennent en diminuer beaucoup la valeur séméiotique.

» En dehors de ces cas complexes, il survient encore, par cette irrégularité, par ces variétés, par ces bizarreries qui forment l'essence même de l'hystérie, des difficultés que la plupart des signes différentiels tracés plus haut ne peuvent toujours aider à surmonter. Ainsi, outre que les caractères basés sur des différences proportionnelles, c'est-à-dire sur des circonstances de *plus* ou de *moins*, sont de valeur presque nulle dans les cas douteux, il est, parmi les principaux symptômes différentiels, des phénomènes qui sont loin d'avoir toute la valeur que leur accordent les pathologistes.

» La présence de l'écume, par exemple, ne constitue pas, à mon avis, une différence essentielle entre l'hystérie et l'épilepsie, et c'est à tort que M. Foville la regarde comme tout à fait étrangère à l'hystérie, et comme caractérisant l'épilepsie.

» Sans contredit, s'il y a absence d'écume pendant de longs accès, on peut en induire l'absence d'épilepsie; mais la présence de l'écume n'implique pas nécessairement l'absence de l'hystérie : « J'ai vu des hystériques, dit Georget, mousser comme des épileptiques. » J'ai vu moi-même chez plusieurs hystériques une salive écumeuse sembable à celle des épileptiques... »

Nous citerons presque en entier la description que Brachet (de Lyon) [1] donne de la crise hystérique ordinaire, parce que les phénomènes qui composent notre seconde période y sont décrits fort longuement. Les *contorsions* et les *grands mouvements* y sont même clairement désignés; la troisième période est sommairement indiquée.

« *Symptômes des crises*. Nous l'avons dit, nous allons présenter d'abord la crise la plus simple, pour y rattacher ensuite les phénomènes nombreux et variés qui ont été observés par les auteurs : car si nous voulions les offrir à la fois à l'attention du lecteur, nous présenterions une énumération qui n'aurait point d'ensemble, nous en ferions cette hystérie protée de Sydenham, qui revêt des formes en apparence bien différentes et bien disparates, qu'on ne pourrait réunir ainsi pêle-mêle, sans établir une confusion dans laquelle l'œil le plus exercé aurait de la peine à se reconnaître. Nous parlerons ailleurs des signes

1. *Traité de l'hystérie*, par J.-L. Brachet. Lyon, 1849, p. 264 et suiv.

précurseurs ou prodromes d'une crise ou accès, parce qu'ils ne sont pas constants. Le plus souvent une crise simple débute d'emblée, immédiatement après que la cause a agi, ou même sans cause connue, et au moment où on s'y attend le moins, chez les personnes hystériques.

» Un spasme violent se fait sentir dans tout l'abdomen. Il semble partir de la région hypogastrique, et selon Astruc et Vigarous, *plus spécialement du côté gauche;* d'autres fois il part de tout autre point de cette cavité. Ce spasme est sensible à la vue et au toucher par les mouvements, les duretés et les contractions qu'il opère dans tout l'abdomen. Il vient plus ou moins rapidement se concentrer dans la région épigastrique. Le plus souvent même il ne se fait sentir au début que dans cette région. Là aussi, l'on sent et l'on voit un mouvement et une contraction ondulatoire irrégulière. De là le spasme, sans abandonner complètement les parties où il a commencé, remonte plus ou moins rapidement le long de l'œsophage, jusqu'au pharynx et au larynx, où il vient occasionner à la fois un gonflement, une tuméfaction manifeste, et des mouvements spasmodiques ou convulsifs continuels et analogues à ceux d'une déglutition pénible...

» En même temps ou presque en même temps les membres commencent à s'agiter convulsivement, le plus souvent, tous à la fois. Quelquefois ce sont les membres supérieurs qui commencent les premiers par une sorte de pandiculation forte et involontaire, et bientôt les membres inférieurs en font autant. Alors ils s'agitent par des mouvements cloniques tout à fait irréguliers, par des contorsions bizarres et sans but. Les malades les jettent deçà, delà, sans pouvoir ni les diriger, ni les retenir. Il n'y a point non plus d'ensemble dans ces mouvements; aussi la malade ne peut ni se tenir droite, ni se tenir assise. Il faut qu'elle s'étende, ou bien elle est renversée, soit par défaut de soutien convenable, soit par le mouvement désordonné de ses membres. Ce ne sont pas seulement les membres qui s'agitent ainsi, le tronc y participe ordinairement, et il se contracte, se plie et se contourne dans tous les sens. Les contractions de la poitrine viennent ajouter à la gêne de la respiration, et font quelquefois éprouver la sensation d'un cercle qui en serrerait la base. Il en est de même des contractions de l'abdomen, qui resserrent cette capacité très irrégulièrement et cependant d'une manière différente que les spasmes intérieurs dont nous avons parlé plus haut; il est toujours bien facile de les distinguer. Quelquefois, après quelques instants de constriction, il y a un peu de relâchement et même un peu de ballonnement. La masse des muscles dorso-lombaires n'est pas moins violemment agitée. Elle opère ces contractions partielles et ces torsions brusques qui fléchissent quelquefois le tronc *en demi-cercle, tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre et surtout en arrière.* Lorsque toute la machine est ainsi détraquée dans ses agents moteurs, non seulement les mouvements sont irréguliers et insolites, mais ils meuvent le corps dans tous les sens, ils lui font prendre les postures les plus grotesques, gratter les murs, déchirer ce qu'ils peuvent accrocher, ramper par terre. La tête se renverse avec force, et les mains se portent assez ordinairement vers le col, égratignent et frottent comme si elles voulaient enlever quelque chose, et quelquefois elles frappent la poitrine avec violence. Si la crise est forte, les mouvements du tronc le font bondir et rouler dans tous les sens avec une violence qui nécessite la force de plusieurs personnes pour pouvoir les contenir. Nous avons vu des femmes assez chétives acquérir alors une force telle que six hommes ne pou-

vaient pas la retenir, renverser, en se roulant par terre, les tables et les meubles, et inspirer un véritable effroi aux assistants. Les masséters aussi se contractent violemment. Ils font grincer les dents avec tant de force, qu'on les a vues se briser, ou déchirer la langue et les lèvres, ou faire aux personnes qui les entourent des morsures très profondes. Quelquefois les yeux roulent dans leurs orbites ou simulent le strabisme *hystérique*.

« Ce clonisme ne se soutient pas toujours au même degré d'intensité. Il y a par moment une rémission qui semble être la fin de la crise, *et pendant laquelle la malade presque toujours reste immobile, frémissant au moindre bruit et au moindre contact, l'œil fixe ou fermé, et quelquefois dans un état d'extase ou de somnambulisme*. Les contractions recommencent bientôt avec la même fureur. Quelquefois, cependant, cette rémission se prolonge assez longtemps. Le clonisme lui-même présente de nombreuses variétés, non seulement dans son intensité, mais dans ses phénomènes. *Tantôt les contractions alternatives se succèdent avec rapidité et produisent des mouvements continuels. Tantôt la contraction d'un certain nombre de muscles reste permanente pendant quelques minutes, plus ou moins, et produit une raideur tétanique que rien ne peut surmonter*. Enfin après une durée d'un quart d'heure, d'une ou de plusieurs heures, la crise cesse brusquement; ou bien les rémissions sont plus longues, les redoublements moins violents, et la crise s'éteint insensiblement. Les malades étendent les bras et les jambes, bâillent et éternuent quelquefois (*sternutatio si superveniat, cito paroxysmum claudit*, Horstius), la respiration s'exécute plus librement et souvent des borborygmes ont lieu : *obmurmurant intestina*....

» Telle est la crise hystérique dans toute sa simplicité, dépouillée de tout phénomène accessoire et de toute complication, telle en un mot qu'il la faut pour caractériser la véritable hystérie.... »

Plus loin, l'auteur, sous la rubrique *variations*, indique les principales modifications que peuvent éprouver les différents phénomènes qu'il vient de décrire dans l'attaque d'hystérie ordinaire, sans qu'au fond leur nature en soit modifiée. Nous retrouvons là quelques traits qui complètent le rapprochement que nous signalons entre la grande et la petite hystérie.

Voici qui a trait à la période épileptoïde.

« La gêne gutturale, occasionnée par la boule hystérique, est quelquefois si grande que la respiration complètement interceptée, menace d'une suffocation imminente, et rend tout le corps raide et immobile, comme tétanique ou cataleptique.

» Les accidents cérébraux se rencontrent le plus fréquemment. Ils ont lieu de plusieurs manières : tantôt, et c'est le plus ordinaire de ces accidents, il y a perte de connaissance pendant la violence de l'accès. Cette perte de connaissance est tout à fait cérébrale : elle ne peut pas tenir à une syncope; car le cœur bat avec la même régularité. Cette perte de connaissance ne signifie rien par elle-même; elle n'indique qu'un degré d'intensité de plus.

» Les accidents cérébraux donnent lieu à une autre forme d'hystérie : c'est

celle qui se caractérise par des phénomènes épileptiques associés aux phénomènes hystériques. La perte de connaissance est presque toujours complète; la raideur convulsive est plus grande, elle est presque tonique. La tête est renversée, la face rouge et tuméfiée; la langue souvent dépasse les dents, et bientôt l'écume s'écoule abondamment. »

L'auteur croit, dans ces cas, à l'existence simultanée des deux névroses, hystérie et épilepsie, dont les symptômes peuvent se montrer isolés dans des accès bien distincts, ou combinés dans une même attaque. Cependant il a soin d'ajouter que, dans d'autres circonstances, il n'y a qu'association de quelques phénomènes épileptiformes sans aucune trace d'épilepsie réelle.

Quant aux troubles intellectuels et sensoriaux qui caractérisent la troisième et quatrième période, l'auteur qui les a déjà indiqués sommairement dans la description de l'attaque d'hystérie ordinaire, y revient en ces termes :

« C'est dans ces influences cérébrales de l'hystérie qu'on a vu quelquefois des délires plus ou moins graves, des exaltations singulières, bizarres, éloquentes, et même poétiques, de l'imagination, et des hallucinations tantôt de l'intelligence, tantôt des sens. »

Axenfeld[1] après avoir décrit comme symptômes de l'attaque hystérique les convulsions qui se rattachent plus particulièrement à notre deuxième période, ajoute :

« Pendant la durée des convulsions, il n'est pas rare de voir survenir un délire assez semblable à celui de l'ivresse alcoolique ou chloroformique, c'est-à-dire bruyant, très agité, sorte de rêve en rapport avec les pensées qui occupent habituellement la malade ou qui l'ont vivement frappée peu de temps avant l'attaque. Quelquefois ses facultés sont dans un état d'exaltation surprenante : le langage prend une distinction et une élévation inaccoutumées, les sens (l'odorat, l'ouïe) présentent une prodigieuse finesse.

» Enfin pendant l'attaque, on observe quelquefois des syncopes, des hallucinations, du somnambulisme, de l'extase, de la catalepsie, du coma et de la léthargie. »

Nous terminerons cet exposé critique de l'attaque d'hystérie vulgaire par quelques citations empruntées aux ouvrages des deux auteurs modernes dont l'autorité en matière d'hystérie est justement reconnue, MM. Briquet[2] et Bernutz[3]. Nous trouverons là une nouvelle confirmation de la thèse que nous soutenons.

1. *Pathologie* de Requin, 1863, t. IV, page 612.
2. *Traité de l'hystérie*, 1859.
3. Art. HYSTÉRIE. Nouveau Dict. de méd. et de chir., 1874.

Au milieu de la description que M. Briquet donne des convulsions qui composent l'attaque d'hystérie vulgaire, le passage suivant a manifestement trait aux convulsions épileptiformes de la première période :

« La face se gonfle... Les mâchoires se serrent l'une contre l'autre, de manière à produire le mâchonnement, le grincement et le claquement des dents. Le cou se gonfle, les muscles de cette partie et ceux de la poitrine se contractent spasmodiquement. Les parois thoraciques ou restent immobiles avec leurs muscles contractés de manière à menacer d'asphyxie (phase tonique), ou se meuvent convulsivement et rapidement comme dans les plus fortes anhélations (phase clonique); les muscles des parois abdominales sont agités des mêmes mouvements que ceux de la poitrine. »

M. Bernutz est peut-être plus explicite encore :

« Au moment où le cri hystérique se produit, la suffocation paraît à son summum; il y a une sorte de spasme tonique général, de raidissement quelquefois tétanique de tout le corps, la figure est vultueuse, injectée... le cou est tuméfié, les carotides battent avec violence, les veines jugulaires sont gonflées, distendues, en même temps que l'abdomen est légèrement météorisé; enfin l'oppression est considérable, comme s'il y avait menace d'asphyxie... Ordinairement le temps de l'accès que nous venons de signaler est très court, et des convulsions plus ou moins générales (2e période) succèdent immédiatement à la perte de connaissance. »

Qui ne reconnaîtra là, pour le moins, une ébauche de la période épileptoïde ?

La deuxième période semble constituer à elle seule la plus grande partie de l'attaque d'hystérie vulgaire. Aussi les auteurs la décrivent-ils longuement. Voici la description qu'en donne Briquet :

« Le plus ordinairement, les malades s'agitent, tantôt comme si elles voulaient échapper à des violences, tantôt comme si elles se débattaient contre une étreinte;... d'autres fois... les membres supérieurs et inférieurs se meuvent dans tous les sens; la flexion, l'extension, la rotation, l'adduction, l'abduction *se succèdent avec la plus grande rapidité*. Le corps se meut tantôt comme un ver, tantôt il se contracte dans tous les sens, bondit et s'échappe des mains qui le retiennent. La tête s'agite sur le tronc, en avant, en arrière, de côté... Les mains se portent instinctivement, soit vers le col, qu'elles saisissent avec violence, comme pour en arracher un corps qui y causerait une grande gêne, soit vers l'épigastre, que les malades cherchent à déchirer, ou à frapper à poings fermés; d'autres fois, elles tentent de s'arracher les cheveux, de se déchirer le visage, comme le feraient des femmes éperdues. La force employée dans ces actes est telle, que plusieurs personnes vigoureuses peuvent à peine contenir une frêle jeune fille qui, dans ces moments, est capable de ployer ou de briser les tiges de fer d'un lit. »

Briquet a signalé d'ailleurs, lui aussi, les cris de fureur qui accompagnent souvent les mouvements désordonnés de cette seconde période :

« Il est cependant un certain nombre d'hystériques dont les cris durent tout le temps de l'attaque, et ces cris sont analogues à ceux que pousserait un opéré qui se laisserait aller à la souffrance, ou à ceux que ferait une personne qui se débattrait contre des violences qu'on exercerait sur elle; ce sont des cris de fureur, de véritables rugissements. »

La description de Bernutz se rapproche beaucoup de celle de Briquet :

« Ces convulsions, qui ont, lorsqu'elles sont types, une physionomie si spéciale, que les personnes étrangères à la médecine, elles-mêmes, les reconnaissent, sont très difficiles à décrire, à cause du désordre qu'elles présentent. Les membres, un instant raidis (première période), se tordent convulsivement, se projettent en divers sens, passant rapidement de l'abduction à l'adduction, de l'extension à la flexion, et *vice versa*, comme dans une sorte de lutte suscitée par la souffrance, et en particulier par la suffocation à laquelle les malades sont en proie, à laquelle elles semblent vouloir échapper en portant automatiquement leurs mains à la poitrine et au col, qu'elles se lacèrent parfois dans les efforts insensés qu'elles font pour en arracher l'obstacle qui les étouffe. »

La troisième période ou période des *attitudes passionnelles*, n'est pas moins nettement indiquée dans ces descriptions, que les périodes précédentes. M. Bernutz même se sert d'un mot qui se rapproche beaucoup de celui employé par M. Charcot, puisqu'il désigne sous le nom *d'expressions passionnées* les divers mouvements auxquels se livre la malade à ce moment de l'attaque :

« Au moment, dit-il, où, après un certain temps de durée, les mouvements convulsifs ont perdu de leur énergie, et où la figure ne présente plus qu'une turgescence modérée, on voit se produire chez un certain nombre d'hystériques *une phase nouvelle*. Leur *facies*, jusque-là atone, à peu près comme dans le sommeil, s'anime, devient le siège d'expressions diverses, auxquelles contribuent celles des yeux, qui jusque-là étaient couverts par les paupières ou animés d'un mouvement de clignotement, et parfois en même temps de nystagmus. On voit chez quelques-unes se produire successivement la mimique de toutes les expressions passionnées; de la terreur, qui ouvre ordinairement la scène, de la colère, etc., pour se terminer par l'expression de la volupté, qui résulte surtout de l'inclinaison des yeux, portés en haut et en dedans, à moitié cachés sous la paupière supérieure.

» La succession de ces *expressions passionnées*, auxquelles coopèrent non seulement les contractions des *muscles du visage, mais celles des membres et du tronc*, qui s'accompagnent parfois de cris qu'arrachent la terreur ou la colère, ou de paroles plus ou moins incohérentes, est plus ou moins complète chez les diverses malades.

» Elle est très souvent limitée à l'expression d'angoisse d'abord et de volupté ensuite, ce qui a puissamment contribué à accréditer l'opinion hippocratique, lorsque surtout il y a, en même temps que le spasme cynique des yeux, une propulsion rythmique du bassin, et qu'on constate à la fin de l'accès une sécrétion abondante de mucus vaginal, qui a été signalée par les auteurs anciens. »

En résumé, les *attitudes passionnelles* sont très faciles à reconnaître dans cette longue citation. M. Briquet n'a pas manqué de les remarquer et les passages suivants les désignent assez clairement.

« Les malades présentent une succession de tableaux dans lesquels on peut retrouver l'expression de toutes les passions de l'âme, et celle de toutes les sensations.

» Pendant les convulsions, les malades sont souvent prises d'un délire plus ou moins vif et qui a généralement une manière d'être toute spéciale... Il est toujours bruyant, très agité, et rarement incohérent. Il a généralement rapport, soit à des scènes auxquelles la malade se croit présente ou auxquelles elle se reporte, soit aux pensées qui l'occupent habituellement ou qui l'ont beaucoup frappée; il faut le considérer comme une sorte de rêve.

» Enfin on voit quelquefois survenir pendant l'attaque... des hallucinations... des extases...

» Celles (jeunes filles) chez lesquelles l'hystérie s'est développée à la suite d'une vive frayeur ont toujours des convulsions très fortes, pendant lesquelles elles se débattent beaucoup et sont prises d'un délire avec visions de choses effrayantes. Une jeune fille, qui avait eu sa première attaque immédiatement après avoir été violée, voyait toujours, dans les accès, l'homme qui avait attenté à son honneur. Elle vociférait après lui *et avait des mouvements semblables à ceux qu'elle avait faits pour se défendre de lui.* »

Enfin, le délire de la quatrième période n'a pas plus échappé à la sagacité de ces observateurs. M. Bernutz s'exprime ainsi :

« Au moment où cette expression s'efface (l'expression passionnée de la période précédente), on voit les yeux s'humidifier, puis les larmes couler en abondance et constituer une véritable crise de sanglots dans laquelle les malades recouvrent complètement connaissance..... On voit chez quelques malades, au lieu d'un accès de larmes, se produire un accès de rire convulsif et chez d'autres un *accès de demi-délire* dans lequel elles racontent d'une façon incohérente et inintelligible parfois, imagée chez d'autres, un événement dont elles ont été frappées, ou se laissent aller involontairement à des indiscrétions quelquefois très compromettantes pour elles ou pour les autres. »

M. Briquet s'exprime comme il suit :

« Après avoir duré quelque temps, les convulsions cessent... la connais-

sance revient, mais à peine est-elle revenue, que les sanglots éclatent... Dans quelques cas, au lieu de pleurs, c'est un rire sans motifs...

» Enfin, chez un petit nombre de malades, il reste un *état de délire et de rêvasserie*, pendant lequel les malades font des choses déraisonnables. »

L'on voit par tout ce qui précède, combien il est difficile de poser la limite qui séparerait l'hystérie vulgaire de l'hystéro-épilepsie à crises combinées ou grande hystérie.

Dans toutes les descriptions que les auteurs nous ont laissées des attaques de la petite hystérie, nous retrouvons soit épars, soit parfaitement coordonnés, tous les traits du tableau que nous avons tracé de la grande attaque hystérique. Nous les y trouvons tantôt atténués, comme effacés, tantôt accusés presque aussi vigoureusement.

Il est donc rationnel de ne voir dans ces deux formes de l'hystérie que des degrés différents d'une même maladie, dont les manifestations variées augmentent à la fois de nombre et d'intensité.

Il suffira de modifier quelques traits au tableau de la grande hystérie, d'atténuer les uns, d'effacer, de supprimer complètement les autres, pour retrouver toutes les variétés possibles des attaques de la petite hystérie ou hystérie vulgaire.

Sans parler des phénomènes rangés dans notre seconde période et qui ne sont manifestement que l'exagération des convulsions hystériques comme tout le monde les entend, nous avons vu, dans les descriptions des auteurs, que les signes épileptoïdes, aussi bien que les hallucinations et le délire, étaient contenus au moins en germe dans les manifestations de l'attaque d'hystérie vulgaire.

La présence d'hallucinations variées et de délire parmi les symptômes de l'attaque d'hystérie n'entraîne pas nécessairement la complication d'aliénation mentale. L'hystéro-épilepsie n'est pas plus une hystérie compliquée de folie qu'une hystérie compliquée d'épilepsie. Ce n'est pas à dire que l'hystérie ne puisse exister avec diverses formes de folie, de même qu'elle peut se rencontrer chez un individu déjà atteint d'épilepsie; mais ce que nous tenons à faire ressortir, c'est que les troubles intellectuels ou sensoriaux qui font partie de la grande attaque n'appartiennent en aucune façon à l'aliénation mentale, mais relèvent de l'hystérie elle-même, au même titre que les accidents convulsifs variés qui composent les deux premières périodes.

Les observations d'hallucinations dans l'hystérie ne sont pas rares parmi les auteurs [1]. Brierre de Boismont fait même remarquer, au sujet

1. « Lorsqu'on écoute le monologue des hystériques, dit Brierre de Boismont, au milieu des phrases incohérentes que leur arrachent leurs spasmes, on les entend souvent parler ou

des hallucinations des hystériques, qu'il importe de distinguer celles qui appartiennent à l'hystérie de celles qui dépendent de la folie qui souvent complique cette névrose. Il ajoute que les hallucinations peuvent être rattachées à l'hystérie lorsqu'elles se montrent dans les prodromes de l'accès ou pendant sa durée et qu'elles cessent avec lui.

Ces considérations confirment pleinement l'opinion déjà soutenue

répondre à des êtres qu'elles aperçoivent ou qui paraissent converser avec elles, ou bien elles se plaignent des émanations fétides qu'elles respirent, des goûts détestables qu'elles ont dans la bouche.

«..... Obs. C... est depuis plusieurs années sujette à des attaques d'hystérie; à leur approche elle devient timide, craintive, effrayée, puis ses terreurs augmentent à un tel degré, qu'elle appelle partout du secours. Cette peur exagérée lui est causée par des figures atroces qui se montrent pendant l'accès, lui font force grimaces, et lui disent mille injures, en la menaçant de la frapper..... Sauvage assure que pendant les paroxysmes, des malades ont vu des spectres affreux. »

«..... Hilbert, dans son ouvrage sur les hallucinations, fait observer que chez les femmes hystériques, lorsque l'excitation sera portée à un haut degré, il pourra se manifester des effets analogues à ceux du gaz protoxyde d'azote, auquel on attribue une influence extraordinaire sur le sang. Cet auteur parle d'une femme dont l'observation est citée par Pestius, qui était toujours avertie de son accès d'hystérie par l'apparition de sa propre image dans un miroir. » (Brierre de Boismont, *des Hallucinations*, p. 217 et suiv.)

« Je les ai vues (les hallucinations) le plus souvent pendant l'accès. La dernière hystérique que j'ai suivie voyait des cercueils autour d'elle, au milieu de ses agitations. » (Mathieu, *loc. cit.*, p. 531.)

Michéa, dans son livre *du Délire des sensations*, rapporte plusieurs exemples d'hallucinations de nature évidemment hystérique :

« Une femme de quarante ans, douée d'une constitution robuste, éprouve une violente frayeur un jour du flux menstruel. Cette frayeur arrêta tout à coup les règles, et le mois suivant, à la même époque, la personne dont il s'agit eut un accès d'hystérie et des convulsions qui durèrent huit jours. Il se passa ensuite plusieurs années, pendant lesquelles les évacuations menstruelles n'ayant pas lieu, elle était prise de temps en temps de convulsions hystériques accompagnées d'hémorrhagies peu abondantes par les oreilles, par le nez et par la bouche, hémorrhagies qu'une saignée suspendait et prévenait même quelquefois.

» En novembre 1841, elle commença à *voir des fantômes sanglants;* il lui semblait apercevoir du sang partout où se fixaient ses regards; elle fut de nouveau tourmentée par de fortes convulsions et par des suffocations, mais elle ne tarda pas à guérir complètement quand on lui eut administré des purgatifs et soustrait de huit à neuf livres de sang. » (Journal l'*Expérience*, octobre 1844, nº 383.)

« Divinis (Marie), domestique, est âgée de vingt-six ans; elle est mariée et a un enfant. Sa constitution est robuste, son tempérament sanguin, son caractère vif et impatient.

» Il y a huit ans, elle fut attaquée, au milieu des champs, par plusieurs hommes qui voulurent attenter à sa pudeur; elle fut tellement effrayée et indignée d'un pareil acte de brutalité, qu'elle fut sur-le-champ atteinte d'attaques de nerfs qui se répétèrent les jours suivants, trois ou quatre fois par semaine; leur durée était de trois quarts d'heure environ.

» D'abord sa vue se trouble, *une flamme oscille devant ses yeux, les oreilles lui tintent*, un fourmillement se fait sentir dans sa tête, et elle éprouve la sensation d'une barre de fer qui la tient dans les reins, puis il semble qu'une espèce de globe part de l'épigastre et monte en dansant et en tremblant jusqu'au gosier; alors elle étouffe, perd connaissance et tombe en convulsion avec *écume à la bouche*, etc. » (Macario, *Mém. sur la paral. hystérique; Annal. méd. psych.*, janvier 1844, p. 68.)

« Jeannot (Virginie), lingère, est âgée de dix-sept ans; son tempérament est sanguin, sa constitution forte et robuste, sa menstruation irrégulière..... Un soir, vers dix ou onze heures, un jeune homme s'offrit à sa vue, au milieu d'une campagne, couvert d'un linceul; saisie d'effroi et de terreur, elle crut voir un fantôme, et immédiatement elle tomba en convul-

par M. Charcot, qui ne voit dans l'hystéro-épilepsie que le degré le plus intense de l'hysterie [1] et non l'hystérie compliquée d'autres névroses. Nous avons trouvé aussi dans cette étude une preuve de plus en faveur de l'excellence de la méthode qui consiste à considérer les grands types avant d'en venir à l'étude des formes frustes et atténuées, car il est incontestable que la description de l'attaque d'hystérie vulgaire s'éclaire singulièrement lorsqu'on la considère à la lumière des notions fournies par l'étude de la grande hystérie.

sions. Ce premier accès dura pendant quarante-huit heures, pendant lesquelles elle s'écriait à chaque instant : il est près de moi, il veut me saisir. Les jours suivants, les attaques se renouvelèrent jusqu'à dix-sept fois par jour. Voici comment elles débutent : d'abord elle est saisie d'un tremblement dans le ventre, qui dure un quart d'heure à une demi-heure environ; elle est ensuite prise de palpitations très fortes et très violentes, et enfin une espèce de boule se détache de l'épigastre, monte en oscillant jusqu'à la gorge; alors elle étouffe, elle éprouve des éblouissements, *le fantôme paraît aussitôt à ses regards effrayés*, elle pousse un cri de désespoir, perd connaissance et tombe en convulsions *avec écume à la bouche*, et l'accès dure, terme moyen, une demi-heure. » (*Ibid.*, p. 72.)

« Lallemand (Sydonie) est entrée dans le service de M. Piorry le 6 juin 1843. Elle est âgée de dix-sept ans, et est née à Saint-Ouen (Vosges). Sa mère, femme très nerveuse, la contrariait souvent, et elle tient de sa mère, car elle est très impressionnable, colère, impatiente. Ses règles ont toujours été très peu abondantes.

» Il y a un an, en traversant un soir un appartement, une de ses amies s'offrit à sa vue couverte d'un linceul, dans le dessein de lui faire peur, car elle se vantait souvent de ne rien craindre. C'était l'époque de ses règles. Elle en fut si effrayée, qu'elle perdit connaissance et eut son premier accès d'hystérie. Cette jeune fille présente ceci de remarquable, que ses attaques sont d'abord précédées de frissons, sa figure est inondée d'une sueur froide et glacée, elle éprouve la sensation d'une boule qui a son point de départ à l'épigastre et monte jusqu'au gosier; alors elle étouffe, *aperçoit le fantôme* et tombe dans une espèce d'évanouissement tel qu'on la croirait plongée dans un sommeil paisible ; puis, quelques convulsions se déclarent, et l'évanouissement se prolonge encore une demi-heure ou une heure.

» Après l'attaque elle reste quelque temps sans pouvoir parler, et ne peut, malgré tous les efforts, parvenir à délier sa langue. » (*Ibid.*, p. 77.)

1. Cette opinion s'appuie non seulement sur la similitude des manifestations symptomatiques, mais aussi sur des analogies de marche, de pronostic et de traitement.

DEUXIÈME PARTIE

DES PRINCIPALES VARIÉTÉS DE LA GRANDE ATTAQUE HYSTÉRIQUE

Lorsque, par l'étude attentive d'un nombre considérable de faits en apparence fort dissemblables, l'observateur est arrivé à découvrir une règle, une loi au milieu de ce qui semblait un chaos, il lui est nécessaire de revenir sur ses pas pour étudier à la lumière des notions acquises, le grand nombre de faits incomplets et obscurs, jusque-là négligés à dessein.

L'étude des variétés de l'attaque hystéro-épileptique nous paraît être la partie la plus intéressante de notre tâche et celle qui présente peut-être le plus haut intérêt pratique. Si l'attaque complète se rencontre rarement, le praticien se trouve chaque jour aux prises avec les nombreuses variétés qui en dérivent. Nous avons déjà fait ressortir les affinités qui existent entre la grande hystérie et l'hystérie vulgaire. En montrant de quelles modifications est susceptible la grande attaque d'hystéro-épilepsie, nous espérons donner la clef de phénomènes difficiles à comprendre, et relier à la grande névrose nombre de faits pathologiques qui ont paru isolés et dont le lien qui les rattache à la grande hystérie n'a pas été jusqu'ici suffisamment précisé. Il est inutile d'insister sur les règles pratiques qui découlent nécessairement de cette conception de l'hystérie, sur laquelle M. Charcot a appelé depuis longtemps l'attention. L'intérêt historique de ces recherches n'est pas moins grand; elles sont destinées, nous n'en doutons pas, à éclairer d'un nouveau jour les faits étranges ou en apparence merveilleux qui composent les grandes épidémies convulsives du moyen âge ou même d'époques plus rapprochées de nous.

Bernutz avait déjà parfaitement indiqué les transformations que peut subir l'attaque d'hystérie, dans un passage que je citerai tout au long :

« J'ai insisté, dit-il, un peu longuement sur les expressions passion-

nées, qui se produisent dans la seconde phase de la période convulsive de l'accès hystérique, parce qu'en rapprochant les unes des autres, les crises de larmes qui existent seules dans la forme vulgaire, des mimiques plus ou moins complexes que nous venons de signaler, on arrive à se convaincre que, même dans les cas les plus simples, existe, pendant la perte de connaissancc hystérique, un trouble cérébral, un semi-délire, dont ces manifestations des passions mimées ou parlées sont symptomatiques. Il n'y a pour ainsi dire qu'un pas de ces rêves, tantôt mimés seulement, tantôt parlés, qu'on observe à la fin de l'accès convulsif de la forme vulgaire, pour arriver aux accès plus ou moins prolongés soit de véritable délire, soit de somnambulisme, soit d'extase, soit enfin de catalepsie, qu'on voit succéder à une phase convulsive, qui, dans ces cas, a le plus souvent une durée beaucoup moindre que dans la forme vulgaire. La brièveté excessive de la période convulsive, qu'on observe dans quelques-uns de ces cas, permet de comprendre un certain nombre des formes anormales de l'hystérie dans lesquelles l'attaque est, on peut dire, uniquement constituée par un accès soit de délire de paroles ou d'action, qui est plus particulière aux enfants, soit par un accès de somnambulisme ou d'extase, ou enfin de catalepsie, par suite de l'insignifiance et même parfois de l'absence complète de phénomènes spasmodiques au moment où survient la perte de connaissance [1] ».

M. Charcot admet que l'attaque d'hystéro-épilepsie peut se modifier suivant deux modes principaux : 1° par extension ou prédominance d'une période aux dépens des autres, lesquelles s'atténuent ou même s'effacent; ainsi se produisent : a, l'*attaque épileptoïde ;* b, l'*attaque démoniaque ;* c, l'*attaque d'extase;* d, l'*attaque de délire* [2] ; 2° par immixtion d'éléments étrangers à la constitution fondamentale de l'attaque, tels que le *somnambulisme*, la *léthargie* et la *catalepsie*, par exemple.

J'ajouterai aux variétés précédentes : *a*) l'*attaque de syncope*, *b*) *l'at-*

1. *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie*, art. HYSTÉRIE. Paris, 1874, t. XVIII, p. 221.

2. La grande attaque se compose de quatre périodes qui peuvent se combiner et se grouper différemment : en prenant d'abord chacune des périodes isolément, puis deux à deux, puis trois à trois. On verra si l'on veut faire le calcul que sans interversion des périodes, le nombre des combinaisons possibles est de quatorze.

A ces variétés, qui ne reposent que sur le nombre et le groupement varié des périodes, viennent se joindre celles infiniment plus nombreuses qui peuvent résulter de modifications survenues dans les phénomènes mêmes qui composent les diverses périodes. Il est donc complètement impossible de remplir, dans la description des variétés de l'attaque, le cadre immense ainsi tracé. Nous nous bornons à exposer les principales variétés que nous avons pu nous-même observer et nous les rangeons sous les différents chefs ci-dessus énoncés.

Prodromes	1° Période épileptoïde.				2° Période de clownisme.			3° Période des attitudes passionnelles		4° Période de délire.	
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L

A. Delahaye et E. Lecrosnier, Editeurs.

taque de spasme, qui peut se rattacher à la période prodromique de la grande attaque, et *c*) *l'attaque de contracture*, que l'on peut classer parmi les variétés se rattachant à la quatrième période.

La planche V représente un tableau synoptique de la grande attaque hystérique et des variétés qui résultent de modifications apportées aux éléments qui la constituent. Il a été composé avec la plupart des illustrations de ce livre réunies et disposées dans un ordre qui permet d'embrasser d'un seul coup d'œil les différentes périodes de la grande attaque hystérique complète et régulière et d'en déduire les principales variétés.

La première ligne horizontale de figures donne la reproduction schématique de la grande attaque dans son parfait développement. Toutes les périodes et leurs diverses phases y sont représentées sous leur forme classique.

Prodromes			A
Première période.	Phase tonique.	Grands mouvements toniques	B
		Immobilité tonique	C
	Phase clonique		D
	Phase de résolution		E
Deuxième période ou clownisme.	Phase des contorsions		F
	Phase des grands mouvements	rythmés	G
		désordonnés	H
Troisième période ou des attitudes passionnelles.	Altitude passionnelle gaie		I
	Attitude passionnelle triste		J
Quatrième période ou période de délire.	Délire, zoopsie		K
	Contractures généralisées		L

Toutes les autres figures disposées en colonnes verticales sont autant de variétés du type classique, variétés qu'il serait facile de multiplier. Chaque colonne comprend donc les formes variées d'une même phase dont la figure qui est en tête, et qui appartient au schéma classique, représente l'apparence la plus ordinaire.

Voyons maintenant comment, à l'aide du tableau ci-joint, on peut se rendre compte de quelques-unes des variétés de la grande attaque.

Chaque colonne prise isolément ou réunie à une ou plusieurs autres, pourra constituer une variété.

Ainsi le faisceau formé par la réunion des colonnes B, C, D, E, représentera l'*attaque épileptoïde*, qui elle-même pourra se dissocier suivant qu'une des colonnes sera supprimée ou même plusieurs d'entre elles. Il en est de même des colonnes suivantes, qui répondent aux autres périodes de la grande attaque.

Mais les variétés sont souvent formées d'un certain nombre d'éléments empruntés aux diverses périodes avec une prédominance de l'un d'eux qui donne le caractère spécial.

Voici quelques exemples :

L'*attaque démoniaque* dans son plus haut développement est composée par la réunion des colonnes B, C (empruntée à la première période F, H (à la seconde) et L (à la quatrième).

L'*attaque de contorsion*, colonne F; l'*attaque de clownisme*, colonne G; l'*attaque d'extase*, colonne I; l'*attaque d'attitudes passionnelles*, colonnes I et J; l'*attaque de délire*, colonne K.

Toutes ces variétés d'attaque sont souvent précédées de quelques fragments empruntés à la première période, soit dans la colonne B, soit dans la colonne C ou D.

Il est inutile de multiplier ces exemples. Le lecteur lui-même peut se représenter telle variété qui lui plaira et dont l'observation clinique pourra tôt ou tard lui démontrer la réalité. Il est toutefois une règle qui préside à ces diverses combinaisons, c'est que l'ordre dans lequel se succèdent ces diverses périodes ne se trouve jamais interverti; le même ordre de succession persiste, malgré la suppression complète d'une ou plusieurs périodes.

CHAPITRE PREMIER

ATTAQUE SYNCOPALE

La syncope peut survenir chez les hystériques, ainsi que le fait remarquer Briquet, de deux manières.

Les sujets atteints d'hystérie avec chlorose ou avec anémie se trouvent souvent mal, pâlissent et perdent connaissance lorsqu'ils sont placés dans certaines conditions de fatigue physique ou éprouvent quelque vive impression morale. C'est là un signe de débilité qui n'offre rien de spécial.

Mais il est d'autres circonstances où la syncope est bien réellement une forme d'attaque d'hystérie, forme peu commune, puisque, sur 400 hystériques, Briquet n'en a trouvé que onze dont les attaques convulsives étaient accompagnées de syncope.

Il importe de faire remarquer ici que la perte de connaissance ne suffit pas pour constituer l'attaque de syncope et il est de toute nécessité, sous peine de faire un étrange abus des mots, de ne ranger sous cette dénomination que les états nerveux complexes dans lesquels, à la perte de connaissance, s'ajoutent la pâleur des téguments, la perte complète et plus ou moins subite du sentiment et du mouvement avec flaccidité absolue des membres, et l'arrêt momentané ou du moins l'affaiblissement considérable des battements cardiaques et des mouvements respiratoires.

Il faut donc se garder de confondre avec les attaques syncopales des crises sur la nature desquelles un observateur superficiel pourrait se méprendre et que nous décrirons plus loin sous le nom d'accès épileptoïdes incomplets, de vertiges, de commotions épileptoïdes... On voit en effet des hystériques tomber parfois à la renverse, subitement, perdre connaissance, puis revenir à elles au bout de quelques instants. En y

regardant de près, on verra qu'il ne s'agit pas là d'un état syncopal. Quelques contractions rapides des muscles du visage, parfois un peu d'écume aux lèvres, quelques secousses convulsives dans les membres, ou un peu de raideur parfois localisée aux doigts légèrement recourbés, sont autant de signes qui permettent de rattacher ces faits à la période épileptoïde dont ils sont un fragment atténué.

Il en est de même des cas dans lesquels la syncope, au dire de certains auteurs, Landouzy entre autres, peut se prolonger fort longtemps et simuler la mort. — A notre avis, la simple prolongation de l'état de mort apparente suffit pour établir une distinction tranchée. La syncope est un état grave dont la prolongation ne saurait être sans péril et qui ne peut dépasser, sans se terminer par la mort, une durée dont la limite, sans être absolument fixée, est, en tous cas, relativement courte.

Du moment que cet état de mort apparente se prolonge pendant des mois, il ne peut être question du même processus morbide. Tous ces derniers faits doivent être rangés parmi les attaques de léthargie dont nous traiterons. Je me contenterai d'ajouter qu'il n'est pas rare de voir cet état de mort apparente s'accompagner de la persistance de l'un des sens, comme dans l'observation de Pfendter rapportée plus loin et consignée aussi par Landouzy. C'est là certainement une particularité qui n'a rien à faire avec la syncope et qui, au contraire, rapproche ces faits des états de somnambulisme, ainsi que nous le ferons remarquer dans la suite.

Pour être plus rare qu'on serait peut-être tenté de le croire, et tout en éliminant les faits dont il vient d'être question, l'attaque de syncope n'en existe pas moins au rang des symptômes de l'hystérie et nous en retrouvons les caractères parfaitement bien indiqués dans la description de Briquet.

L'état de syncope peut constituer à lui seul toute l'attaque ou bien se mêler à quelques-uns des symptômes de l'attaque convulsive.

Dans le premier cas, au dire de Briquet, c'est à la suite d'une émotion que la syncope arrive. « A l'instant même, ajoute cet auteur, la malade éprouvait de la constriction à l'épigastre et à la gorge, quelques vertiges et un peu de rougeur à la face. Après quoi, elle tombait sans connaissance, pâle, inanimée et sans mouvements, les jambes restant flasques et le pouls très faible; après l'attaque qui durait quelques minutes, il y avait quelquefois des sanglots et des pleurs, d'autres fois la connaissance revenait sans troubles particuliers.

» Chez d'autres hystériques, la syncope s'est trouvée être un mode de l'attaque qui avait commencé par des mouvements convulsifs ; à un certain moment, la malade pâlissait, la sueur couvrait sa figure, le pouls

diminuait de force et les mouvements convulsifs étaient remplacés par un affaiblissement complet[1]. »

En résumé, l'attaque syncopale des hystériques emprunte sa physionomie spéciale à quelques-uns des caractères de l'attaque convulsive et particulièrement à ceux de la période prodromique.

1. Briquet, *loc. cit.*, p. 330.

CHAPITRE II

VARIÉTÉ SE RATTACHANT A LA PÉRIODE PRODROMIQUE. ATTAQUE DE SPASMES

Il ne saurait être question ici des spasmes partiels affectant tantôt les voies digestives (œsophagisme, vomissements incoercibles, borborygmes, constipation opiniâtre, spasme anal), tantôt les voies respiratoires (dyspnée, toux, aboiements, etc...) ou bien encore divers autres appareils (rétention d'urine, vaginisme, etc.). Ces accidents rentrent au même titre que les contractures et les paralysies parmi les symptômes interparoxystiques de la grande névrose. L'attaque de spasme est constituée lorsque le spasme est plus ou moins généralisé, qu'il affecte simultanément ou successivement divers appareils, enfin qu'il survient brusquement pour disparaître de même, après une durée relativement courte. Le type de cette variété d'attaque se retrouve dans les divers symptômes qui marquent la période prodromique de la grande attaque et constituent à proprement parler l'*aura hystérique*.

Il n'est pas rare d'observer chez les malades qui présentent les grandes attaques convulsives telles que nous les avons décrites avec la succession complète des diverses phases et périodes, de petits accès isolés constitués uniquement par les phénomènes de l'aura et se montrant plus particulièrement pendant les quelques jours qui précèdent l'éclosion des grandes crises. J'en ai rapporté un exemple page 28; il serait facile d'en citer d'autres. L'étude que nous avons faite plus haut de la phase prodromique nous dispense d'entrer ici dans de longs développements; ce qui se produit alors est absolument semblable au début de la grande attaque. Les différents symptômes qui composent l'aura se développent successivement et dans l'ordre habituel, absolument comme si les convulsions devaient suivre : exaspération de la dou-

leur ovarienne et des zones hystérogènes variées; douleur épigastrique, sensation de boule ascendante; palpitations cardiaques, dyspnée, strangulation; éblouissements, sifflements dans les oreilles, battements dans les tempes, etc. Mais au moment où va survenir la perte de connaissance, tout s'arrête. La malade, un peu troublée, reprend aussitôt son assurance; l'attaque a avorté. Ces petits accès se répètent en se rapprochant, puis il arrive un moment où ils sont suivis de toute la série des phénomènes appartenant aux diverses périodes, et la grande attaque est définitivement constituée.

Ces faits sont intéressants à relever, car ce qui est l'exception chez les malades dont il vient d'être question, peut devenir la règle chez d'autres. Il est, en effet, un certain nombre de sujets chez lesquels la grande attaque convulsive n'est représentée que par les phénomènes de l'aura, qui parfois acquièrent une grande violence.

Ce sont ces sortes de crises qui ont été désignées quelquefois sous le nom de convulsions internes; Briquet les a parfaitement décrites sous le titre d'attaques de spasmes. La description qu'il en donne est la suivante :

« La femme qui va être prise de ces attaques devient irritable, mécontente d'elle et des autres, très irascible, ou bien si elle est d'une nature calme, elle tombe dans une sorte d'humeur noire, mais elle éprouve des baillements, des pandiculations; un malaise indéfinissable parcourt ses membres. Au bout de quelques heures de cet état d'anxiété, l'épigastre se serre..., une douleur déchirante et très vive se fait sentir en cet endroit, des palpitations se déclarent... ; ces battements sont extrêmement rapides et précipités. Les muscles de la poitrine, bien que convulsés et faisant éprouver le sentiment de la suffocation et de l'étouffement, se contractent néanmoins très rapidement et précipitent la respiration au point de provoquer 100 inspirations à la minute; des douleurs vives se font sentir dans les côtés et dans le dos; une sensation très douloureuse semble monter à la gorge sous la forme d'un globe, et arrivée là, elle y provoque une strangulation qui cause la douleur déchirante la plus vive et pendant laquelle la malade paraît près d'étouffer. Alors la déglutition devient complètement impossible, une violente douleur éclate dans la tête, les mains s'agitent, se crispent involontairement; l'intelligence néanmoins se conserve tout entière. Cet état de souffrances est quelquefois porté à un degré effrayant, il dure pendant un temps qui varie de quelques minutes à quelques heures, puis des sanglots éclatent, les pleurs surviennent, les urines coulent claires et abondantes, et tous les accidents se calment en laissant après eux de la céphalalgie, des douleurs à l'épigastre,

aux côtés, dans le dos et un sentiment de brisement et de courbature.

Les attaques spasmodiques sont beaucoup moins fréquentes que les attaques de convulsions. Il est des femmes chez lesquelles elles existent toujours seules et chez lesquelles il n'y a jamais eu d'attaques convulsives, alors elles ont une grande intensité. Il en est d'autres qui ont alternativement les unes et les autres.

On voit que la description de Briquet ne s'écarte guère de la nôtre et il n'y aurait que quelques traits à ajouter pour rendre complète la description de l'aura.

Une malade de la consultation externe de la Salpêtrière qui portait les stigmates de la grande hystérie : ovarie, hémianesthésie, achromatopsie... n'avait jamais eu d'attaques convulsives; mais elle était sujette à des crises de douleurs frontales extrêmement violentes et chaque crise était précédée d'une phase prodromique absolument semblable à celle de la grande attaque et ainsi constituée : exaspération de la douleur du flanc gauche, puis sensation de boule remontant à l'estomac, puis à la gorge, où elle produisait de la strangulation; palpitations cardiaques; sifflements d'oreilles, battements dans les tempes; puis survenaient les douleurs névralgiques. Il s'agit là d'une attaque de spasme se compliquant de crises douloureuses.

Lorsqu'elles sont isolées, ces attaques de spasme revêtent un caractère de gravité bien fait pour inspirer de sérieuses inquiétudes.

Je dois à l'obligeance de mon ami le D[r] Féré, de pouvoir rapporter ici une observation remarquable dans laquelle les attaques de spasme d'une violence exceptionnelle révêtaient la forme hydrophobique.

OBSERVATION I. *Hystérie à crises hydrophobiques : antécédents héréditaires* (*Observation résumée*).

Mademoiselle X... a dix-sept ans, d'origine étrangère. Son grand'père paternel était un écrivain très distingué, un oncle paternel a des troubles intellectuels. Elle-même a un esprit très cultivé, connaît plusieurs langues, a une imagination très vive : elle est très préoccupée de son origine, dont elle voudrait se rendre digne. Il est certain que cette admiration religieuse qu'elle a pour la mémoire de son grand'père a joué un grand rôle dans le développement de sa maladie. Elle a toujours été très irritable, mais ce n'est que depuis trois ans qu'elle a commencé à éprouver des troubles nerveux un peu accentués; à différentes reprises, elle a eu un hoquet et une toux nerveuse qui durait de quelques jours à plusieurs semaines; ces accidents disparaissaient spontanément et tout d'un coup comme ils étaient venus. Ils ne se produisaient pas à époques fixes; du reste la menstruation n'est pas encore établie. Au mois de septembre 1882, la maladie se manifeste par des phénomènes nouveaux. Elle est prise chaque soir d'accès de suffocation dont

j'ai été témoin et qui se présentent presque uniformément de la façon suivante : elle est prise vers neuf heures et demie du soir d'une sensation de malaise, d'un peu de céphalée du côté gauche avec sensation de battement dans la tempe de ce côté, de bourdonnements dans l'oreille gauche. En même temps, elle a un sentiment de pesanteur qui n'est point ordinaire dans le bas ventre du côté gauche. Peu à peu, la face habituellement pâle, s'anime, la malade éprouve une oppression pénible qui augmente graduellement, en même temps que sa respiration s'accélère en devenant de plus en plus superficielle. Mais cette accélération de la respiration est tout à fait volontaire, tellement, que tout à coup, à peu près une demi-heure après le début du premier malaise, le tableau change, la respiration devient tout à coup pénible et se ralentit; en même temps la malade cherche à faire des mouvements de déglutition qui restent sans résultat; elle commence à crachotter : puis, brusquement, la tête se renverse, la face se tuméfie et devient violacée, le cou se gonfle, les épaules se portent en arrière et elle tombe à la renverse. Elle reste d'abord immobile, le tronc fortement renversé en arrière, la poitrine bombant en avant et presque sans mouvements. Elle porte ses mains à sa gorge, comme pour arracher un obstacle, fait de vains efforts de déglutition, et se met à cracher dans toutes les directions. Peu à peu, les respirations deviennent de plus en plus superficielles, la face devient violacée, le thorax se renverse de plus en plus et le bassin s'élève au-dessus du plan du lit, de sorte que la malade en arc de cercle ne repose plus que sur les épaules et sur les talons. La face devient violacée : la respiration se suspend complètement, les quatre membres sont alors complètement rigides et on ne peut les fléchir ou les étendre, malgré les plus grands efforts. Tout à coup, la malade tombe dans la résolution, elle se met à parler, demande à boire, mais sitôt qu'elle essaie d'avaler, la respiration se précipite, les vains mouvements de déglutition et le crachottement recommencent, la poitrine s'immobilise, le tronc se renverse, et on assiste de nouveau à la scène que nous venons de décrire. La même succession de phénomènes se reproduit dix à douze fois; peu à peu les crises s'affaiblissent et à la fin de chacune d'elles, la malade commence à pouvoir avaler quelques gouttes de liquide dont le passage provoque une nouvelle crise. Ce n'est que lorsqu'elle a pu avaler librement, que la malade est sûre que la crise ne se reproduira plus. Quand tout est fini, elle éprouve le besoin d'uriner et rend un bon demi-litre d'urine presque incolore. Pendant toute la série, la malade n'a pas perdu un instant connaissance, elle assiste à tout ce qui se passe autour d'elle et peut en rendre compte ensuite avec une lucidité parfaite, elle peut même prononcer quelques mots, excepté au moment où la suffocation se produit.

Ces attaques se sont reproduites tous les jours avec une intensité variable pendant plus d'un mois, régulièrement aux mêmes heures; puis, sous l'influence de l'hydrothérapie, leur régularité a cessé, et ce n'est que plus tard qu'elles ont diminué et progressivement disparu après deux mois de traitement.

Du côté gauche où se manifestent tous les phénomènes de l'aura, douleurs de tête, battements dans les tempes, bourdonnements d'oreilles, pesanteurs abdominales, il existe un certain degré d'hémianesthésie et une légère douleur ovarienne.

Les sens spéciaux n'ont pas été examinés méthodiquement.

Je relèverai ici parmi les signes du début de cette attaque de spasme, quelques-uns des symptômes de l'aura de la grande attaque, tels que la douleur de tête, les battements dans les tempes, les bourdonnements d'oreilles et enfin la douleur ovarienne.

Cette intéressante observation dans laquelle la gravité des accidents spasmodiques n'était qu'apparente, peut être rapprochée de l'histoire d'un fait du même genre présenté en 1881 à la Société médicale des hôpitaux par M. Maurice Reynaud, mais dont la terminaison fatale tout exceptionnelle qu'elle soit, montre quelle prudente réserve le médecin doit garder lorsqu'il se trouve en présence de cas semblables.

Il s'agissait d'une jeune femme de trente ans qui avait eu déjà des crises convulsives. A la suite d'une opération d'ongle incarné qui n'était point la première que subissait cette malade, de violentes douleurs se manifestèrent dans la région rachidienne et plus tard dans la nuque. Il survint un peu de trismus, de la dyspnée, puis des symptômes semblables à ceux de l'hydrophobie. L'état général s'aggrava et la malade mourut.

Après avoir éliminé le tétanos et l'hydrophobie rabique, Maurice Reynaud n'hésite pas à rapporter à l'hystérie les graves accidents auxquels la malade avait succombé. Il ajoute qu'il a vu ces mêmes accidents se présenter trois ans auparavant, mais avec une moindre intensité.

CHAPITRE III

VARIÉTÉ PAR MODIFICATION DE LA PREMIÈRE PÉRIODE. ATTAQUES ÉPILEPTOIDES

Les auteurs qui ont décrit l'attaque d'hystéro-épilepsie se sont contentés d'exposer les phénomènes qui composent notre première période. Témoin la description qu'en donne Briquet.

« Attaques tantôt soudaines, tantôt précédées de malaises tels qu'une céphalalgie violente, de l'agitation, de l'oppression à l'épigastre, une sensation de globe montant de l'épigastre au cou ; puis survient la perte complète de connaissance avec dyspnée extrême, face livide et tuméfiée, écume à la bouche, distorsion des yeux, respiration stertoreuse, mélange de raideurs tétaniques et de convulsions cloniques ; puis à la fin coma ou sanglots et pleurs ; et enfin, brisement des membres pendant plusieurs heures. »

C'est là une description qui ne saurait convenir qu'à une partie seulement de l'attaque hystéro-épileptique, à la période épileptoïde, et encore est-elle bien incomplète, comme on pourra s'en convaincre par la suite.

J'ai déjà signalé plus haut (page 69) quelques-unes des modifications dont est susceptible la période épileptoïde, dans le cours d'une grande attaque dont les diverses périodes évoluent régulièrement. Il est ici question des cas dans lesquels l'effacement ou même la suppression complète des trois dernières périodes laissent à la première un rôle exclusif ou pour le moins prédominant.

La période épileptoïde est alors régulière et complète, ou, peut elle-même subir quelques modifications. Elle peut être réduite à un de ses éléments de façon à constituer des *attaques épileptoïdes incomplètes ;* ou bien la prédominance marquée d'une de ses phases peut changer

considérablement sa physionomie ordinaire. Enfin, il peut s'y adjoindre quelques éléments habituellement étrangers à la période épileptoïde et appartenant aux autres périodes de l'attaque.

En outre des modifications qui portent sur les éléments mêmes de la période épileptoïde, la façon dont cette période se répète pour produire les attaques épileptoïdes est encore susceptible de variété. — Elle apparaît isolément à la façon des attaques d'épilepsie, ou bien elle se reproduit un grand nombre de fois de suite, ne laissant au sujet aucun instant de répit, comme cela a lieu dans l'*état de mal épileptique*. Par analogie, la variété d'attaque hystéro-épileptique, ainsi produite, mérite le nom d'*état de mal épileptoïde*, qu'il ne faut pas confondre avec ce que nous avons déjà appelé *état de mal hystéro-épileptique*. Cette dernière dénomination s'applique aux séries d'attaques composées de leurs quatre périodes. Entre ces deux extrêmes, l'attaque épileptoïde isolée et l'état de mal épileptoïde, il existe des degrés intermédiaires. Ainsi, l'on voit les attaques, au lieu de se suivre sans interruption, ne se succéder qu'à des intervalles plus ou moins longs, un quart d'heure, une demi-heure, une heure..., ou bien ce sont de petites séries de deux, trois ou quatre attaques, qui se répètent à des intervalles éloignés, etc.

L'on conçoit, d'après ce qui précède, que les variétés épileptoïdes de la grande attaque hystéro-épileptique puissent se multiplier à l'infini. Nous nous contenterons d'étudier les suivantes :

a. État de mal épileptoïde;

b. Accès épileptoïdes incomplets.

§ 1. — ÉTAT DE MAL ÉPILEPTOIDE

Il n'est pas rare de voir l'attaque hystéro-épileptique se borner à sa première période. La période épileptoïde évolue, comme nous l'avons dit, phase tonique, phase clonique, puis résolution et sommeil stertoreux; mais les « grands mouvements » ne suivent pas, et, au milieu du sommeil, survient la phase tonique qui est le début d'un nouvel accès. On se trouve alors en présence d'un état de mal parfaitement semblable, du moins en apparence, à l'état de mal épileptique, et que nous avons désigné déjà sous le nom d'état de mal épileptoïde. Les accès se suivent sans interruption; la malade est dans un coma qui se prolonge, et la gravité apparente des accidents pourrait en imposer au médecin, si des signes diagnostiques certains, dont nous parlerons dans un instant, ne révélaient leur nature éminemment hystérique.

L'état de mal épileptoïde peut se prolonger pendant fort longtemps et se composer d'un nombre considérable de crises. M. Charcot parle d'un malade dont l'*état de mal a persisté pendant plus de deux mois*, et, par moments, les accidents ont été portés au plus haut degré d'intensité. « Ainsi, le 22 janvier, entre autres, les convulsions épileptiformes se sont succédé sans interruption depuis neuf heures du matin jusqu'à huit heures du soir : de huit à neuf heures, il y a eu un temps de repos, puis les attaques ont repris comme de plus belle sans le moindre retour à la lucidité, et ont persisté à peu près pendant le même espace de temps. On peut, d'une manière approximative, évaluer sans exagération le chiffre des attaques épileptiformes qu'elle a éprouvées à cette époque, dans l'espace d'un jour, à 150 ou 200 environ. »

Sans avoir rencontré un cas aussi accentué, nous avons vu souvent l'état de mal épileptoïde se prolonger quatre ou cinq heures, et les séries composées de 50 à 60 attaques épileptiformes ne sont pas rares. Gen... surtout nous en a présenté de fréquents exemples.

L'innocuité de la persistance d'un tel état est, pour qui connaît la gravité habituelle de l'état de mal épileptique, un des contrastes les plus frappants qui puissent exister entre l'hystéro-épilepsie et l'épilepsie vraie. Au sujet de la malade citée plus haut, M. Charcot insiste sur ce point avec beaucoup de raison.

«... Jamais pendant cette longue période convulsive la température rectale ne s'est, chez Co..., sensiblement modifiée ; elle a été en moyenne de 37°,8 ; elle ne s'est élevée jusqu'à 38°,5 que d'une façon tout à fait exceptionnelle et transitoire. Je dois ajouter que jamais, pendant ce temps, l'état général ne nous a inspiré la moindre inquiétude, malgré l'alimentation insuffisante et l'énorme dépense de force musculaire qui a dû se faire. La situation mentale, d'un autre côté, n'était pas, tant s'en faut, aussi profondément modifiée que cela eût eu lieu nécessairement, s'il se fût agi de la vraie épilepsie ; à aucune époque, il n'y a eu d'évacuations involontaires d'urines ou de matières fécales.

» Dans les courts répits que ses attaques lui laissaient, la malade se levait pour satisfaire ses besoins. Dans ces intervalles aussi, d'ailleurs très courts, la nature hystérique du mal, surtout dans les premières semaines, reparaissait dans tout son jour. Une fleur dans les cheveux, des frisures bizarres, un vieux morceau de miroir, placé sur la planchette du lit, témoignaient suffisamment des occupations favorites de cette femme dans les temps de répit. »

La compression ovarienne et l'excitation des zones hystérogènes conservent, pendant l'état de mal épileptoïde, les propriétés d'arrêt

dont nous avons parlé. Et l'on peut voir, sous une action aussi simple, s'évanouir, comme par enchantement, des phénomènes d'une violence telle que rien ne semblait devoir les arrêter ; la connaissance revient tout d'un coup au milieu d'un état dont la gravité paraissait au-dessus de toutes les ressources de l'art. Malheureusement rien de semblable ne se produit dans l'état de mal véritablement épileptique.

Sans avoir recours à ces divers moyens, ou encore aux interversions électriques qui produisent le même effet, un observateur expérimenté pourra le plus souvent, à quelques signes qui pour tout autre se perdent dans le tumulte des convulsions, arriver à un diagnostic également certain.

Dans la phase tonique, le gonflement du cou, la diversité des attitudes, la prolongation du tétanisme ; dans la phase clonique, les mouvements bruyants de déglutition, les ondulations du ventre avec borborygmes sonores; dans la phase de résolution, la persistance du frémissement des paupières ou de la contracture générale ou partielle, sont autant de signes en faveur de l'hystérie.

Entre deux accès, on voit parfois la malade se mettre en *arc de cercle* et y demeurer un temps fort appréciable, quelquefois plusieurs minutes; c'est une ébauche de la deuxième période. Ou bien, au sortir du sommeil, la malade prend une attitude déterminée, elle demeure quelques instants dans une sorte d'extase; c'est un fragment de la troisième période, qui vient en quelque sorte mettre le cachet de la véritable nature de la maladie à côté d'apparences qui pourraient induire en erreur. Dans ces cas, il n'y a pas à s'y tromper, et le médecin peut pratiquer la compression ovarienne avec certitude de succès[1].

Mais le signe diagnostic le plus important entre l'état de mal épileptoïde et l'état de mal épileptique, réside dans la marche de la température. Nous en avons déjà dit un mot au sujet de l'état de mal hystéro-épileptique. Il résulte des recherches de MM. Charcot et Bourneville que lorsqu'il s'agit d'épilepsie vraie la température ne tarde pas à s'élever à 40° et plus, en même temps que l'état général s'aggrave, tandis que si c'est l'hystéro-épilepsie, ou pour mieux dire, l'hystérie qui est en jeu, la température s'élève peu au-dessus de la normale malgré l'apparente gravité des phénomènes épileptiformes qui dominent la scène.

1. Au contraire, dans d'autres variétés de l'attaque hystéro-épileptique, la phase épileptoïde est réduite à sa plus simple expression; rarement cependant elle fait complètement défaut; il persiste presque toujours un symptôme épileptoïde, si petit soit-il, qui à son tour, devient comme le sceau de la maladie et montre la nature hystéro-épileptique d'accidents bizarres et extraordinaires, qu'une imagination facile n'a pas manqué de mettre en maintes circonstances sur le compte du surnaturel.

Il est des malades chez lesquelles les attaques revêtent toutes la forme épileptoïde; chez d'autres, et c'est le cas le plus fréquent, les attaques épileptoïdes alternent avec des attaques complètes et régulières ou avec d'autres variétés de la grande attaque.

Les malades de la première catégorie risquent fort d'être mises au rang des épileptiques si elles n'étaient l'objet d'un examen approfondi. M. Bourneville rapporte dans l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière* l'histoire d'une malade hystéro-épileptique du service de M. Delasiauve, chez laquelle les attaques revêtaient constamment la forme épileptoïde.

Dans ce cas qui de prime abord aurait pu être pris pour un cas d'épilepsie vraie, certains signes tirés de l'attaque elle-même permettaient d'établir le diagnostic : la contracture généralisée persistait pendant la phase de résolution bien qu'à un degré moindre que pendant la phase tonique; la température centrale se maintenait au-dessous de 38°; la compression de la région ovarienne gauche provoquait aussitôt une nouvelle attaque. Enfin les attaques ne laissaient après elles aucun trouble intellectuel grave.

Lediagnostic de l'hystérie était fondé en outre sur la connaissance des antécédants de la malade et sur son état dans l'intervalle des attaques : hémianesthésie, hyperesthésie ovarienne, régions hystérogènes, aura, caractère, habitudes, etc.

Une malade que nous avons pu observer et dont l'observation est rapportée plus loin, (Obs. LX), n'a présenté dans les premiers temps de la maladie que des attaques uniquement composées de la période épileptoïde. Les attaques se montraient en séries, au nombre de 100 à 150 en vingt-quatre heures. Cette femme se trouvait alors dans le service de M. Delasiauve, où elle a été observée par M. Bourneville [1].

Les attaques se sont complétées par la suite. A la période épileptoïde s'est ajoutée d'abord une phase de grands mouvements revêtant une physionomie spéciale, et plus tard une troisième période composée de délire avec attitudes passionnelles.

Lorsque la malade est entrée dans le service de M. Charcot, la grande attaque était complète.

Enfin ces mêmes malades peuvent à des moments différents présenter des attaques épileptoïdes et des attaques d'épilepsie véritable. Ceci s'observe dans une variété d'hystéro-épilepsie désignée par les auteurs sous le nom d'*hystéro-épilepsie à crises distinctes*. Dans ces cas, on admet que les deux névroses, l'hystérie et l'épilepsie, existent

1. *Icenogr. phct.*, t. III, p. 64.

à la fois chez le même sujet, et elles se manifestent isolément, chacune avec les caractères qui lui sont propres, et sur lesquels j'ai insisté avec détails. Je rapporterai ici en matière de conclusions un fait fort intéressant que je dois à l'obligeance de mon ami le Dr Ballet.

Il s'agit d'une jeune malade à la fois hystérique et épileptique, et qui, dans une même série, présenta alternativement des attaques d'hystéro-épilepsie vulgaire avec période épileptoïde, et des accès d'épilepsie vraie.

Observation II. — *Mélange d'attaques d'hystéro-épilepsie et d'accès d'épilepsie, au cours d'une même crise.*

Le 4 avril 1883, au moment de la visite du matin, Ba... est prise devant nous d'une attaque d'hystérie. Cette attaque évolue comme évoluent les attaques d'hystéro-épilepsie qu'a d'ordinaire la malade et nous voyons se succéder très nettement les quatre phases : épileptoïde, des grands mouvements, des attitudes passionnelles, du délire hallucinatoire. La première attaque hystéro-épileptique est bientôt suivie de deux autres, chacune étant d'ailleurs séparée de la précédente par un court intervalle de temps. Après la troisième attaque d'hystéro-épilepsie, survient un accès de convulsions généralisées toniques d'abord, puis cloniques, que nous considérons tout d'abord comme la première phase (phase épileptoïde) d'une quatrième attaque d'hystérie. Nous constatons toutefois avec étonnement que la malade se mord la langue et rend par la bouche une écume sanguinolente, ce qui ne lui arrive pas dans ses accès habituels.

Nous faisons alors remarquer aux élèves du service qu'il s'agit là d'un fait un peu anormal, la morsure de la langue ne se produisant pas en général dans l'hystéro-épilepsie; mais bientôt nous nous apercevons que ce n'est pas à une première période d'attaque d'hystéro-épilepsie que nous assistons, mais à un accès de mal comitial légitime.

Nous voyons d'ailleurs, durant la crise, se produire trois accès analogues à celui qui précède, séparés les uns des autres par une ou deux attaques d'hystéro-épilepsie.

Les raisons qui nous autorisent à affirmer que les accès précédemment signalés sont des accès d'épilepsie franche, sont les suivantes :

1° La morsure de la langue est ici constante et elle ne se produit pas dans les attaques d'hystéro-épilepsie.

2° La cyanose de la face est beaucoup plus marquée que dans la première phase de l'hystéro-épilepsie.

3° Les mouvements toniques et cloniques sont plus intenses que dans la phase épileptoïde de l'attaque d'hystérie.

4° La compression ovarienne n'a aucune influence sur ces accès.

5° L'accès une fois terminé, la malade est dans une sorte d'état comateux avec stertor, bien autrement marqué que celui qui existe dans l'intervalle de deux attaques hystéro-épileptiques.

6° Enfin la compression de l'ovaire ayant été établie d'une façon définitive

à l'aide de la ceinture, et les attaques d'hystéro-épilepsie étant suspendues, nous observons ce qui suit :

a) La malade nous dit : « C'est bizarre ; j'ai eu mes attaques pendant huit heures et je n'ai pas eu mal à la tête ; tandis qu'aujourd'hui, j'ai un fort mal de tête et je ne suis en attaque que depuis dix minutes. » (On sait qu'à la suite des accès d'épilepsie il y a toujours une pesanteur et une douleur de tête plus ou moins marquées, tandis que cette pesanteur ne se produit pas consécutivement aux attaques d'hystérie.)

b) La malade étant comprimée et toute attaque hystéro-épileptique étant par ce fait impossible, la malade a devant nous un accès identique à ceux que nous avons indiqués plus haut. Ce qui démontre péremptoirement la nature comitiale de ces derniers.

Les attaques dont la réunion constituent l'état de mal épileptoïde peuvent subir quelques modifications dans les éléments mêmes qui les composent, et que nous avons classés en trois phases : phase tonique, phase clonique, phase de résolution. Il n'est pas rare de voir la phase tonique prédominer. En voici quelques exemples :

Nous avons eu l'occasion d'observer, le 4 février 1878, Besch..., hystéro-épileptique du service de M. Delasiauve, au milieu d'un état de mal épileptoïde. Les attaques se succèdent sans interruption, et dans chacune d'elles on peut distinguer deux phases.

1re phase. — Débute au milieu de la résolution, qui termine l'attaque précédente, par un petit tremblement de tout le corps. La respiration devient saccadée et se précipite. Des mouvements de déglutition se produisent. Les yeux se convulsent ; les paupières, médiocrement ouvertes, ne laissent voir que le blanc de la sclérotique, et les pupilles se cachent en haut et à droite sous la paupière supérieure.

Tous les traits de la face se contractent, le front se plisse, les lèvres, tirées en dehors, s'appliquent sur les arcades dentaires un peu écartées, et la langue, légèrement incurvée et la pointe dirigée en haut, sort de la bouche. Les membres se raidissent, les bras sont étendus ou fléchis diversement, l'avant-bras est presque toujours en pronation forcée, le poing fermé et le poignet fléchi.

Peu à peu la tête quitte l'oreiller, et la face tourne du côté gauche ; le tronc se soulève un peu et suit également ce mouvement de torsion qui ne se produit que par degrés et comme par saccades. Au fur et à mesure qu'il s'accomplit, le tétanisme augmente d'intensité, la langue fait saillie davantage, jusqu'à ce que la détente s'opère tout d'un coup. Cette phase de tétanisme a duré en tout une minute.

2e phase. — Suit alors une phase de résolution. Le corps retombe inerte sur le côté droit, les yeux se ferment, la respiration devient stertoreuse. La langue, large et flasque, ne rentre pas complètement dans la bouche. Son extrémité élargie est maintenue dehors par les arcades dentaires qui se sont rapprochées. Tous les membres sont en résolution.

Cette phase de relâchement musculaire a une durée égale à la phase pré-

cédente. Quelquefois, elle se prolonge un peu plus longtemps. La malade pousse alors quelques plaintes et semble reprendre connaissance; mais la phase tonique recommence bientôt avec les caractères que nous avons décrits.

En outre de la prédominance du tétanisne et de sa marche progressive, le fait que nous venons de rapporter est remarquable par la saillie de la langue. La protusion de la langue existe également au milieu des contorsions de la deuxième période et nous la retrouverons lors de la description de l'attaque démoniaque.

Les observations suivantes, que nous empruntons à l'ouvrage de Hammond sur les *Maladies du système nerveux* [1], ont également trait à la variété de l'état de mal épileptoïde par prédominance du tétanisme.

« Quelquefois, dit Hammond après avoir décrit l'attaque épileptoïde régulière, le spasme tétanique fait défaut; d'autre fois le spasme peut constituer le phénomène le plus saillant de la période convulsive. Ainsi, chez une dame que j'ai soignée dernièrement, le paroxysme commença par un opisthotonos qui disparut immédiatement pour se reproduire à nouveau et cesser ensuite, et ces alternatives d'augment et de déclin persistèrent pendant une demi-heure.

» ...Une malade que je soigne maintenant a des attaques quotidiennes, toujours à peu près à la même heure (vers trois heures de l'après-midi), qui sont plus manifeste ment tétaniformes au début que toutes celles que j'ai observées. Elles consistent en une série de spasmes opisthotoniques, pendant lesquels le corps est extrêmement raide. La convulsion pourtant n'est pas semblable à celles que je viens de décrire et se développe lentement. Le corps étendu dans toute sa longueur devient graduellement raide, les jambes sont légèrement écartées, les bras pressés fortement contre les faces latérales de la poitrine, les mâchoires sont fermement serrées et le regard est fixe.

» La respiration semble entièrement suspendue et le cœur bat rapidement, quelquefois 160 par minute. Ensuite le corps se courbe lentement, de sorte que la tête et les talons seuls touchent le lit; et il est si raide et si fortement incurvé en arrière, que les efforts les plus énergiques ne peuvent parvenir à vaincre la tonicité des muscles. Une minute après le commencement de la raideur, le spasme cesse subitement et l'attaque se termine par une inspiration longue, pour recommencer de nouveau au bout de quelques minutes et dans le même ordre que précédemment...

» Dans ce cas il y a une *aura* distincte partant de l'ovaire gauche, et une forte compression, exercée sur cet organe, suffit généralement, mais pas toujours, à couper court aux accidents. »

Ce dernier exemple est fort intéressant à cause de la position d'arc

1. Traduction du Dr F. Labadie-Lagrave. Paris, 1879, p. 910 et suiv.

de cercle que le tétanisme en s'accusant imprimait à la malade. Si l'on se souvient de ce que nous avons dit plus haut au sujet des signes différentiels des attitudes tétaniques de la première période et des attitudes illogiques de la seconde, on constatera sans peine qu'ici l'arc de cercle décrit par Hammond relève de la période épileptoïde et non de celle des contorsions. Mais l'appréciation est encore rendue plus facile par l'examen d'une figure que l'auteur a jointe à sa description. Sur ce dessin on remarque un signe d'apparence tout épileptique et que nous avons déjà relevé sur le soldat de Ch. Bell (fig. 38). Ce signe consiste dans la situation des membres inférieurs qui sont en extension complète, et dans la position du pied qui, maintenu à angle droit sur la jambe, ne repose sur le lit que par le talon.

§ 2. — ACCÈS ÉPILEPTOIDES INCOMPLETS

Cette variété ressemble beaucoup au vertige épileptique qui s'accompagne de quelques contractions musculaires rapides et localisées à certains groupes de muscles. C'est ce que Herpin a fort bien décrit parmi les accès incomplets d'épilepsie, sous le nom de commotions épileptiques.

« C'est, dit-il, une secousse qui ébranle tout le corps, comme le ferait une commotion électrique... Les effets immédiats de cette commotion, dont la durée, disent quelques épileptiques, est celle d'un éclair, sont assez variés. Le plus souvent les mains s'ouvrent et laissent échapper ce qu'elles tiennent... L'effet le plus fréquent sur l'attitude est d'incliner le tronc en avant, de soulever les bras et de fléchir les jambes; cependant le tronc peut s'infléchir en arrière.

» La secousse que nous venons de décrire comme générale peut être partielle, se borner aux deux bras, à un seul, à une main, à un doigt, à la tête seule, à la partie supérieure du corps, sans que les jambes y participent.

» Le plus souvent il n'y a pas de chute, mais certains malades tombent presque toujours...

» ...La contraction musculaire subite, généralisée ou partielle, avec ses suites immédiates, n'est pas le seul phénomène qui constitue la commotion... sept patients nous ont affirmé que, pendant la commotion, même bornée à la partie supérieure du corps, ils avaient la vue perdue ou tout au moins troublée... Six autres malades mentionnaient un trouble de l'intelligence qu'ils qualifiaient pour la plupart d'étourdissement, et que les autres appelaient vertige ou trouble d'esprit... Plusieurs signalaient nettement une absence, une lacune dans le sentiment de l'existence...

» Enfin il est des patients qui, suivant la force de la secousse, perdent ou ne perdent pas connaissance.

» Chez cinq malades la commotion était presque toujours accompagnée du cri épileptique, mais moins prolongé qu'aux attaques...

» ...Nous avons observé quatre patients qui, immédiatement après la commotion, avaient une dyspnée plus ou moins intense; chez deux seulement de ces malades, la secousse s'accompagnait du cri. Deux épileptiques, dans la même circonstance, se plaignaient un moment, l'un d'une constriction douloureuse de l'estomac, l'autre de nausées. Une petite fille signalait une vive douleur précordiale accompagnée de palpitations. La commotion, dans son cours d'un instant, offre donc, ou peut offrir les trois ordres essentiels de symptômes d'une attaque d'épilepsie : les convulsions externes, les spasmes viscéraux, les perturbations sensoriales et intellectuelles.

» .....Il n'est pas rare que la commotion se répète par séries : il peut n'y en avoir que deux ou trois ainsi rapprochées, leur nombre peut être très considérable, de quarante par exemple en cinq minutes.

» .....Dans le degré le plus fort (de la commotion épileptique) tout est simultané : chute, cri, convulsion générale, cécité, perte de connaissance, spasme même, et le tout n'a que la durée d'un éclair [1]. »

J'ai rapporté presque en entier la description d'Herpin, parce qu'elle convient parfaitement à ce qu'on pourrait appeler chez les hystéro-épileptiques la *commotion épileptoïde*.

Mais parfois il s'y ajoute quelques signes plus particulièrement hystériques, comme quelques phénomènes de l'aura : ovarie, strangulation, palpitations, sifflements d'oreilles, battements dans la tempe; le gonflement du cou, la tympanite, les borborygmes, etc...

Voici, par exemple, la description de secousses observées sur Gl...

26 mars 1878. — Depuis sept heures du matin, Gl... est prise de secousses qui surviennent toutes les deux ou trois minutes. Elle a des sifflements d'oreilles, et entend des bruits de cloches dont l'intensité augmente au moment où vont venir les secousses ; en même temps, elle éprouve un tiraillement dans les yeux, et sa langue se retourne, la pointe en haut. La parole est coupée net.

Puis quelques contractions apparaissent dans la face et les membres du côté droit seulement. Le bras s'étend et se met en pronation, le poignet fléchi ; les doigts se ferment et le pouce se place dans le creux de la main, la phalangette entre le troisième et le quatrième doigt. La jambe se contracture dans l'extension, le pied se place dans la position du pied bot équin.

Les membres ainsi contractés sont animés de petits mouvements cloniques. La respiration saccadée se précipite et la paroi abdominale, alternativement soulevée et déprimée, agite les intestins, qui font entendre un bruit analogue à celui que produirait un liquide violemment agité dans un vase à parois sonores. Mais bientôt tous les accidents cessent, après n'avoir duré que quelques secondes, une minute au plus. Ces petits accès se répètent toutes les trois ou quatre minutes.

1. *Des accès incomplets d'épilepsie*, par Th. Herpin. Paris, 1867, p. 162 et suiv.

Le lieu qui réunit la commotion épileptoïde à l'accès épileptoïde complet, et qui fait de celle-là l'ébauche, ou, si l'on veut, le rudiment de celui-ci, est facile à saisir, et les observations qui suivent en fournissent aisément la preuve.

23 mars 1878. — A la visite du matin, Gen... est au lit, elle est de fort mauvaise humeur, et répond par des injures aux paroles qu'on lui adresse. Elle est contracturée du bras gauche dans une demi-flexion et de la jambe droite dans l'extension. De temps à autre, elle est prise de secousses partielles, soit dans les membres, soit dans les muscles de la face. Parfois les secousses deviennent générales, la malade perd connaissance un instant, et il se produit comme une ébauche de la période épileptoïde.

Dans la journée Gen... a plusieurs accès épileptoïdes complets. Elle est en proie à une grande agitation.

A cinq heures du soir, voici ce que nous constatons. Gen... est au lit, elle a le côté gauche contracturé ; mais la contracture est instable, elle quitte le bras pour reparaître à la jambe, et *vice versâ;* elle envahit même transitoirement les membres du côté droit. Des secousses généralisées se produisent avec une soudaineté et une violence extraordinaires. Tout d'un coup les quatre membres sont projetés en avant comme sous l'action d'une violente décharge électrique; des convulsions toniques animent les muscles du visage; la malade perd un instant connaissance. Il suffit d'un frottement sur le point hystérogène dorsal que Gen... possède entre les deux épaules pour compléter le tableau et transformer ces menaces d'épilepsie en une véritable attaque épileptiforme composée des trois phases ordinaires.

27 mars 1878. — Lorsque nous voyons Gen... à la visite du matin, elle est contracturée de la jambe droite seulement, le pied est en varus équin. Peu à peu les trois autres membres se raidissent et bientôt la contracture est devenue générale. Quand on la découvre, on provoque dans les membres contracturés quelques secousses de peu d'amplitude. Il survient par instant un petit tremblement de tout le corps qui dure peu.

La compression ovarienne fait cesser la contracture au bout de quelques instants, mais, aussitôt qu'on cesse de la maintenir, il se produit une brusque secousse qui agite tous les membres, les traits de la face se plissent, la parole est brusquement interrompue et la malade perd le fil de la conversation. Bientôt la contracture reparaît. La même manœuvre, consistant en une compression ovarienne brusquement interrompue, répétée un certain nombre de fois, ne tarde pas à faire éclater une attaque épileptoïde complète avec écume et stertor prolongé.

Mais en abandonnant les choses à elles-mêmes et sans en hâter la conclusion par des moyens artificiels, la nature se charge de nous faire toucher du doigt les relations que nous cherchons à établir ici entre les vertiges, les secousses, les commotions et l'attaque épileptoïde. Chez une même malade on observe souvent, pendant la période prodromique,

de petits accès épileptoïdes fort incomplets, ressemblant tout d'abord à de simples vertiges, mais qui se répètent, en augmentant peu à peu d'intensité et en se complétant, jusqu'à ce qu'enfin, après avoir passé par les degrés intermédiaires de « commotions » variées, ils se transforment en véritables accès épileptoïdes qui évoluent avec tous les caractères que nous leur avons assignés. Nous en rapporterons un peu plus loin un exemple recueilli sur Gen... (V. p. 191.)

On comprendra tout l'intérêt qui existe à distinguer le vertige épileptique du vertige épileptoïde, si l'on songe que le vertige épileptique compte parmi les symptômes les plus graves de l'épilepsie. Le diagnostic n'est pas toujours facile surtout quand il n'existe pas d'autre manifestations paroxystiques de l'hystérie. L'observation suivante est fort instructive à cet égard.

Observation III. — *Vertiges épileptoïdes.* — Augustine Henriette G..., douze ans, se présente à la consultation externe de la Salpêtrière le 13 janvier 1880.

A l'âge de neuf ans, la malade aurait eu un premier étourdissement à la suite duquel elle serait tombée par terre. Depuis cette époque jusqu'en juin 1879 elle n'aurait plus eu d'attaques.

Au mois de juin 1879, réapparition des vertiges pendant quelques jours, puis la santé redevient bonne jusqu'à la fin d'août. A partir de cette époque, les vertiges se sont reproduits et sont allés en augmentant de nombre malgré des traitements variés.

Les attaques de vertige sont caractérisées de la façon suivante :

La malade est prise avant son accès de la sensation d'une boule montant à la gorge ; le vertige arrive alors : elle devient très rouge, puis est prise d'un accès d'hilarité. Elle ne tombe pas, n'a pas de convulsions. L'accès terminé, la malade pâlit.

Le nombre des attaques est monté jusqu'à 14 par jour. Le 12 janvier, elle n'en a eu que 6.

La malade a été traitée par le bromure de potassium pendant deux mois (octobre et novembre). Pas d'amélioration.

Un deuxième traitement au vin de colombo et aux pilules d'opium n'amena qu'une amélioration très peu sensible (26 décembre 1879 au 12 janvier 1880).

Un troisième traitement est institué le 13 janvier.

Oxyde de zinc	0.05
Extrait de valériane	q. s.

Pour 1 pilule. F. S. A. 100 pilules

1re semaine, 1 pilule avant chaque repas.

2e semaine, 2 pilules avant chaque repas.

16 février 1880. — On a remarqué, quand elle a ce qu'on appelle ses vertiges, qu'elle commence à rire, puis la face rougit : elle fait remuer ses bras, surtout le droit et tombe à la renverse. Les attaques sont beaucoup plus fortes la nuit

que le jour. On assure qu'elle se mord souvent la langue dans ses attaques. Quelquefois elle urine au lit. La nuit, les yeux ouverts, elle voit des voleurs, des fantômes.

Aujourd'hui, on constate un peu d'analgésie à droite et un peu de thermo-anesthésie du même côté. La main droite est un peu moins forte que la gauche.

Pas d'achromatopsie.

Quand on lui demande où elle souffre, elle montre la région ovarienne droite ; douleur se propageant dans les reins ; il existe des flueurs blanches en très faible quantité.

Quand les attaques doivent venir, la malade est avertie : elle a la sensation d'une boule remontant de l'épigastre à la gorge.

Après ses attaques, jamais elle ne pleure. De plus, elle a, dit-on, une certaine difficulté à uriner.

16 mars. — Malgré la morsure de la langue et les émissions involontaires d'urine, on avait hésité dans le diagnostic, se fondant surtout sur l'insuffisance absolue de l'action du bromure de potassium à dose élevée et aussi sur le facies du sujet. Enfin, ce diagnostic a paru assuré le jour (16 février 1880), où l'on a reconnu la douleur ovarienne et constaté l'existence de l'aura.

Cette enfant est d'apparence nerveuse, très délicate : un peu de tic convulsif dans les muscles de la face.

Aujourd'hui, elle se plaint d'une douleur ovarienne gauche.

Force dynamométrique.........	20	kilogrammes	à gauche.
	25	—	à droite.

Sensibilité normale.

Au mois d'avril, la malade n'a pas eu d'accès depuis le 2 mars. Elle a beaucoup grandi.

Continuation du traitement : pilules d'oxyde de zinc ; hydrothérapie.

Un mois plus tard, la malade n'avait pas eu de nouvelles crises : elle avait grandi d'au moins la moitié de la tête.

Dans ce cas, malgré la présence de signes d'une apparence bien épileptique, tels que la morsure de la langue et l'émission involontaire des urines, le diagnostic a pu être fondé sur l'existence d'une aura avec sensation de boule et sur quelques autres indices étrangers aux crises, tels que le facies du sujet, la douleur ovarienne, l'inefficacité du traitement par le bromure de potassium. La marche de la maladie est venue confirmer ce diagnostic.

ATTAQUES ÉPILEPTOIDES INCOMPLÈTES AVEC PRÉDOMINANCE DU SPASME VISCÉRAL

La prédominance du spasme viscéral et son retour fréquent peuvent

donner lieu à une sorte d'état de mal épileptoïde, fort grave en apparence, comme j'ai eu l'occasion de l'observer chez Bar...

Le 26 juin 1878, B... a eu toute l'après-midi des attaques hystéro-épileptiques avec les caractères qu'elles revêtent d'habitude chez elle. Mais à huit heures du soir elle est prise d'accidents bizarres et inaccoutumés, qui effrayent les infirmières, et pour lesquels on vient me chercher.

Je la trouve dans l'état suivant : coma complet, résolution de tous les membres dans le décubitus dorsal, la tête un peu inclinée de côté. Toutes les deux ou trois inspirations, elle est prise d'une sorte de hoquet ou plutôt de spasmes nauséeux. La poitrine se soulève comme dans l'acte du vomissement, les muscles du cou se contractent et la salive vient à la bouche. Elle a constamment l'écume aux lèvres, la bouche serrée exprime le dégoût, *les paupières sont abaissées et animées de petits frémissements*. Les globes oculaires sont convulsés en haut. La pupille, moyennement dilatée, est sensible à la lumière.

Cet état se prolonge, aucune excitation ne peut la faire sortir de cet anéantissement, et la respiration, à chaque instant entrecoupée par les spasmes, se fait d'une façon tellement irrégulière, que la vie de la malade semble en danger.

La température rectale est de 38°,5, le pouls est régulier et ne paraît pas augmenter de fréquence.

Mais la compression de l'ovaire droit nous montre de suite que cet état alarmant n'a d'épileptique que le dehors, et qu'il ne rélève, comme les autres accidents, que de l'hystérie.

En effet, presque aussitôt la malade ouvre les yeux, semble revenir à elle, mais elle ne parle pas encore. On prolonge la compression, et la connaissance ne tarde pas à reparaître entièrement. B... accuse alors un état nauséeux extrêmement pénible. Malgré la compression, le spasme, quoique moins fréquent, reparaît toujours. On se décide à neuf heures et demie à donner un peu de chloroforme, et en peu d'instants tous les accidents convulsifs cessent.

Cet exemple suffit pour montrer tout l'intérêt pratique qui s'attache à la distinction, que depuis longtemps M. Charcot cherche à établir entre l'épilepsie et l'hystéro-épilepsie. — Sous des apparences d'une gravité tout épileptique se cachait la bégninité habituelle des accidents hystéro-épileptiques. Il importe donc au médecin d'être instruit de ces faits, s'il ne veut pas voir ses prévisions démenties et laisser au hasard les règles de sa conduite.

LA CONTRACTURE GÉNÉRALISÉE PERMANENTE PEUT COMPLIQUER LES SÉRIES D'ATTAQUES ÉPILÉPTOIDES

A. — Il n'est pas rare, sur un état de contracture permanente et

généralisée, de voir se greffer de petits accès incomplets d'épilepsie, semblables à ceux que nous avons décrits plus haut, à la suite d'Herpin, sous le nom de commotions épileptoïdes, ou bien de véritables attaques épileptiformes avec leurs diverses phases complètement développées.

Je pourrais citer un assez grand nombre d'exemples de cet ensemble symptomatique d'une physionomie bien spéciale, je dirai même bien hystérique; mais il suffira d'en rapporter quelques-uns.

Les détails suivants observés chez Gen... sont intéressants, parce que l'intensité progressive des accès montre la connexion qui existe entre les commotions épileptoïdes les plus légères et la phase épileptoïde complète, dont ils ne sont qu'une ébauche ou un abrégé.

4 juillet. — Gen... a eu dans la nuit trente-cinq accès, à la suite desquels elle demeure contracturée.

A trois heures de l'après-midi nous la trouvons au lit et contracturée ainsi qu'il suit :

Les deux jambes et le bras gauche sont dans l'extension, le bras droit



Fig. 87. — Contractures généralisées.

fléchi et la main crispée reposent sur l'abdomen. La tête est libre, la face très pâle.

Presque constamment la main droite est animée de petits frémissements, et de légères contractions se montrent dans la face, surtout du côté droit.

Toutes les trois ou quatre minutes surviennent de petits accès ainsi caractérisés :

a. La douleur ovarienne, qui est permanente et double, tout en étant plus intense à droite, s'exaspère. L'oppression thoracique suit immédiatement avec sensation de strangulation. Pas de palpitations. La face se dirige légèrement en haut, les paupières battent, les yeux sont demi-fermés, les globes oculaires eux-mêmes sont animés de petites oscillations, la pupille est plutôt rétrécie, dirigée un peu en haut et à droite. Les traits grimacent, de petites

contractions parcourent la face, elles sont plus fréquentes et plus marquées dans la moitié droite. L'aile du nez se relève, entraînant la lèvre supérieure.

Le bras droit se soulève un peu et est animé de courtes oscillations. Les



Fig. 88. — Contractions partielles de la face dans le vertige épileptoïde.

jambes tremblent légèrement, mais principalement la jambe droite.

Puis il se produit une ou deux inspirations bruyantes (ébauche de stertor). Et tout mouvement cesse après une durée de trente à quarante secondes au plus.



Fig. 89. — Léger accès épileptoïde.

Gen... dit n'avoir pas perdu connaissance. Elle appelle cela ses spasmes ou ses vertiges.

b. Dans un accès un peu plus intense, la face se tourne à gauche, les yeux

sont convulsés en bas et à gauche, G... est agitée plus violemment. Légère cyanose. Des secousses soulèvent les deux bras et aussi les deux jambes. Mouvements de déglutition bruyants. Respiration pénible et bruyante. Durée de l'accès : deux minutes. Elle a perdu connaissance.

c. Quelques instants après, l'accès débute par un tremblement général, puis quatre à cinq grandes secousses agitent tout le corps. Le tronc est soulevé, les épaules se rapprochent en avant, la tête est tournée complètement à gauche.

La face, cyanosée, est le siège de contractions intenses, les paupières battent, les yeux, convulsés en haut et à gauche, cachent sous la paupière supérieure leur pupille, qui ne paraît pas dilatée. L'écume vient aux lèvres. Les bras sont soulevés et animés de mouvements cloniques, ainsi que les membres inférieurs.

La respiration est suspendue; quelques hoquets; puis résolution incomplète et véritable stertor.

Durée générale, y compris le stertor, trois à quatre minutes.

En se réveillant elle appelle : « Bot! Bot! [1] » comme dans le délire qui suit ses grandes attaques.

d. Enfin les accès se reproduisent avec ce même caractère d'intensité. Ils



Fig. 90. — Accès épileptoïde plus accusé.

sont séparés par des moments de calme plus ou moins longs, pendant lesquels la contracture générale persiste. De quatre heures à six heures et demie, la surveillante a compté douze accès.

Nous voyons ici l'accès épileptoïde complet évoluer sans modifier en aucune façon la contracture. — L'attitude des membres contracturés est toujours la même avant comme après l'accès. Et, pendant la période de stertor, la résolution musculaire ne se produit pas. — Cette

1. C'est la première syllabe du nom de la surveillante du service.

persistance de la contracture, même pendant la phase de résolution, ne se rencontre guère dans l'état de mal de l'épilepsie vraie.

Dans l'observation qui suit et qui a trait à une malade hystéro-épileptique du service de M. Delasiauve, nous retrouvons sous une forme un peu différente la même série de phénomènes.

17 nov. 1878. — Il y a une heure et demie que Besch... est contracturée et qu'elle a des attaques épileptiformes, lorsqu'on vient me chercher.

Besch... est dans le décubitus dorsal, la tête repose à droite sur l'oreiller, les yeux sont fermés, et les lèvres rapprochées laissent passer l'extrémité de la langue épaisse et élargie. Il est impossible d'écarter les maxillaires et de faire rentrer la langue dans la bouche. Les bras sont contracturés, le gauche dans l'extension, le droit demi fléchi. L'avant bras est en pronation forcée et le poignet dans la flexion. Les membres inférieurs sont demi-fléchis et croisés, la jambe droite par-dessus la jambe gauche.

Par instants, survient une attaque épileptoïde qui présente les caractères suivants :

La tête se raidit et se tourne à gauche, les yeux se convulsent en haut et à droite, le front se ride, tous les traits se contractent. Les commissures des lèvres sont tirées en dehors, la pointe de la langue s'effile et se relève, en même temps que l'inspiration devient bruyante et saccadée.

Les bras s'élèvent et sont animés, ainsi que la tête, de courtes oscillations qui s'accusent davantage au fur et à mesure que le mouvement de torsion vers la gauche est plus prononcé.

Puis, au bout d'une minute environ, la tête retombe sur l'oreiller, et la malade se retrouve dans l'attitude de contracture généralisée qu'elle avait au moment où l'accès a commencé.

Pendant ces intervalles de repos relatif, elle fait quelques signes de tête, émet quelques sons inarticulés qui peuvent faire croire à la présence d'hallucinations. Malgré les apparences contraires, elle n'a pas complètement perdu connaissance. Lorsque je demande le chloroforme elle fait des signes non douteux de mécontentements, et elle résiste aux tentatives que je fais pour la soumettre aux inhalations.

Avec un peu d'insistance, je parviens cependant à l'endormir. La contracture cesse, la langue rentre dans la bouche et tous les membres tombent en complète résolution.

PL. VI



ATTAQUE DEMONIAQUE

A. Delahaye et E. Lecrosnier.

CHAPITRE IV

VARIÉTÉ PAR MODIFICATION DE LA DEUXIÈME PÉRIODE. — 1° ATTAQUE DE CONTORSION OU ATTAQUE DÉMONIAQUE; — 2° ATTAQUE DE GRANDS MOUVEMENTS OU ATTAQUE DE CLOWNISME

1. — ATTAQUE DE CONTORSION OU ATTAQUE DÉMONIAQUE

De la description des phénomènes musculaires de la deuxième période, grands mouvements et contorsions, il n'y a qu'un pas à faire pour arriver aux peintures affreuses des convulsions des possédés. Or l'attaque hystéro-épileptique peut, dans certains cas, se trouver réduite à peu près exclusivemeni à la deuxième période, dont les symptômes se trouvent alors portés à leur plus haut degré de développement.

Supposez une seconde période dans laquelle tous les phénomènes les plus étranges, qui constituent ce que nous avons appelé le clownisme, se multiplient comme à plaisir. Joignez-y la fureur, les cris, la rage, les mouvements désordonnés que j'ai décrits également parmi les signes de cette même seconde période. Prenez en outre tout ce qui, dans les autres périodes de l'attaque, présente un dehors plus ou moins extraordinaire, ou est marqué par la prédominance de l'élément douloureux, comme les contractures généralisées de la fin, ou quelques hallucinations horribles de la troisième période. Et vous aurez ainsi constitué une variété de l'attaque bien faite pour inspirer, suivant les temps, la crainte, l'horreur ou la commisération. Eh bien, ce n'est point là un type de fantaisie. Ces sortes d'attaques se rencontrent dans la réalité. Nous avons pu nous-même en observer des exemples. Ce sont elles que Marc... et Ler... appellent leurs *tortillements* et que M. Charcot a qualifiées de démoniaques.

Première période. — Dans ces sortes d'attaques, la période épileptoïde est toujours facilement reconnaissable. Elle n'évolue pas régulièrement, elle est modifiée par la prédominance de la contracture, ou amoindrie par la suppression de quelqu'une de ses phases. Mais les phénomènes épileptoïdes sont assez nettement caractérisés, pour qu'il soit impossible de les méconnaître.

Le plus souvent la période épileptoïde est représentée ainsi qu'il suit. Les *grands mouvements toniques* du début sont exagérés, les bras



Fig. 91. — Contorsion. Attaque démoniaque.

les jambes et tout le corps se contournent étrangement. La respiration est suspendue, la gorge gonflée ; la face, congestionnée et bouffie, est affreusement grimaçante, les yeux convulsés ne laissent voir que le blanc de la sclérotique ; la bouche est ouverte et la langue sortie. Le *tétanisme* survient dans les attitudes les plus bizarres, et le *clownisme* est marqué par le battement des paupières, l'ondulation du ventre et un tremblement partiel, limité à un côté du corps ou généralisé. La respiration reprend péniblement, elle est sifflante et entrecoupée de hoquets. Il y a des bruits pharyngiens, des mouvements de déglutition bruyants. L'écume apparaît certaines fois.

Quelques inspirations ronflantes représentent le stertor, mais la

résolution musculaire ne survient pas, les membres demeurent contracturés en diverses situations, et la phase épileptoïde semble se confondre avec la période des contorsions qui la suit.

Deuxième période. — Les contorsions sont ici dans leur plus large développement. Les figures représentées (fig. 91, 92, 93, 94 et 95) en donnent une idée. Les membres contracturés dans l'extension s'élèvent perpendiculairement au lit, ils s'entrecroisent souvent par une adduction forcée; les jambes, parfois fléchies, se croisent diversement; les bras se contournent et se placent derrière le dos; les mains ont une



Fig. 92. — Contorsion. Attaque démoniaque.

attitude à peu près constante, le poignet est fléchi fortement, les trois premiers doigts, pouce, index et médius, étendus et écartés, les deux derniers fléchis. Enfin tout le corps se contorsionne d'une façon qui échappe à toute description. La face revêt alors le masque de l'effroi ou de la colère : les yeux démesurément ouverts, la bouche tiraillée en divers sens ou bien ouverte, la langue pendante.

Les grands mouvements s'exécutent avec une violence effrayante[1]. La malade cherche à se mordre et à se déchirer la figure ou la poitrine, elle s'arrache les cheveux, se frappe violemment, pousse d'affreux cris

1. Pour donner une idée de la violence de ces grands mouvements, nous avons essayé, dans une planche au trait (p. 194) de représenter l'aspect du lit de Ler.... lors de ses grandes attaques et le nombre des aides nécessaires pour la maintenir.

de douleur ou des hurlements de bête féroce. Elle se démène comme



Fig. 93. — Contorsion. Attaque démoniaque.

une forcenée ; Ler..., dans ces attaques, ne peut conserver aucun vête-



Fig. 94. — Contorsion. Attaque démoniaque.

ment, et a bientôt mis tout en pièces. Elle se donne avec le poing des

coups si violents, qu'on est obligé d'interposer un coussin pour amortir le choc; elle secoue la tête, cherche à mordre, saisit une compresse qu'on lui présente et l'agite violemment avec de sourds grognements de rage.

Troisième période. — Les attitudes passionnelles n'existent pas à proprement parler. L'hallucination peut survenir, mais la contracture qui persiste souvent, gêne les mouvements de la malade. On la voit sourire, appeler un être imaginaire ou lui faire la grimace, lui cracher au visage pendant que ses membres sont diversement immobilisés



Fig. 95. — Contorsion. Attaque démoniaque.

par la contraction musculaire. Mais cette phase est courte en général et manque parfois complètement.

Quatrième période. — Alors la malade revient à elle, mais la contracture ne disparaît pas; *des crampes coutournent ses membres* et lui arrachent des cris de douleur déchirants; elle supplie les assistants de la soulager.

En résumé, on voit que ces sortes d'attaques sont particulièrement caractérisées par *la prédominance de la contracture douloureuse,* par *le développement des attitudes illogiques ou contorsions,* qui leur donne l'aspect effrayant des anciens possédés; enfin par *la persistance de la douleur,* dont l'acuité ramène promptement la connaissance, et en ar-

rachant des cris affreux à la malade, imprime à toute l'attaque un cachet de souffrance tellement horrible que les assistants, même les plus habitués, ne peuvent se défendre d'une pénible émotion.

Marc... et Ler... distinguent fort bien elles-mêmes les attaques qu'elles nomment leurs *tortillements* des autres, qui sont les *grandes attaques*. Elles peuvent prévoir même, d'après l'intensité des phénomènes de l'aura, le genre d'attaque qu'elles vont avoir. Elles préfèrent de beaucoup les grandes attaques aux tortillements : dans les premières, elles perdent complètement connaissance ; tandis que dans les secondes, elles disent ne perdre connaissance que par instants (pendant la période épileptoïde), et se plaignent de souffrir les tourments les plus affreux qu'on puisse imaginer[1].

La description qui précède s'applique surtout aux deux malades que nous avons eues sous les yeux, elle est en quelque sorte le résumé des observations prises à leur lit, et peut être considérée comme l'expression la plus complète de la variété de la grande attaque que nous étudions ici.

Mais l'attaque de contorsion n'existe pas toujours avec ce degré de violence qui lui a mérité le nom d'attaque démoniaque. Les traits en peuvent être atténués.

L'observation suivante empruntée au *Journal de Corvisart* est un exemple d'hystérie dans lequel les manifestations variées qui composent les attaques se rapportent à notre deuxième période. La prédominance de la contorsion (attitude illogique) y est fort remarquable.

Observation IV. — Mademoiselle***, âgée de trente-deux ans, d'un tempérament éminemment nerveux, était attaquée d'hystérie depuis plusieurs années. Elle en éprouvait des accès par intervalles, et surtout à l'approche de ses règles, qui d'ailleurs revenaient périodiquement tous les quinze jours, coulaient en assez grande quantité, duraient chaque fois quatre, cinq ou six jours. Des contrariétés ont rendu ces attaques très fréquentes et presque journalières. A dater du 13 février 1807, jusqu'au 15 mai de la même année, où elles ont beaucoup diminué, elles étaient marqués par des symptômes extrêmement variés et que je vais décrire. La malade était prise de convulsion de tous les membres et des muscles du cou, de la bouche, des yeux, enfin de la langue (qui tantôt se retirait, tantôt s'allongeait, ou exécutait alternativement des mouvements en avant et en arrière). Quelquefois ses paupières se con-

1. Une observation du Dr Thermes, rapportée plus loin, est un exemple fort complet d'attaque démoniaque et se rapproche absolument des tortillements de Marc... ou de Ler... On y trouvera sans peine tous les points sur lesquels nous avons insisté : dans la période épileptoïde, prédominance des grands mouvements toniques ; dans la seconde periode, prédominance de la contorsion, de la rage ; peu d'attitudes passionnelles ; enfin quatrième période marquée par des contractures généralisées et douloureuses.



VIOLENCE DES « GRANDS MOUVEMENTS. »

A. Delahaye et E. Lecrosnier.



tractaient aussi d'une manière spasmodique, et devenaient très douloureuses; ou bien la malade éprouvait un resserrement de poitrine, du gonflement et de la tension vers le bas-ventre, qui devenait dur comme une planche, une grande sensibilité à la région hypogastrique, un sentiment de suffocation, des hoquets, des borborygmes, et une sorte de ballotement du ventre, de bas en haut, ou de haut en bas, comme si on l'eût agité fortement. Ce ballottement durait quelquefois pendant quatre ou cinq minutes de suite, et était accompagné et suivi de grandes douleurs, et d'une sensation vive de chaleur dans cette partie; souvent il n'avait lieu que d'un seul côté. La poitrine se rapprochait des hanches, et la dernière côte de la crête de l'os des îles, de manière à n'en être séparée que de l'intervalle des deux doigts. *La malade restait dans cette position pendant une demi-heure,* ayant les jambes pliées et si fortement appliquées contre les cuisses, qu'on ne pouvait les en écarter; quelquefois le corps restait raide comme une barre. Dans d'autres accès il y avait des étouffements, perte de la parole ou loquacité. La malade était tantôt gaie, tantôt triste. Ordinairement elle mangeait peu. Quelquefois elle se montrait d'une voracité extraordinaire, dévorant en un seul instant une livre de pain, ou buvant d'un seul trait une pinte d'eau ou de lait. Elle était habituellement très resserrée; et ses urines, quelquefois rares, d'autres fois abondantes, étaient toujours claires et limpides comme de l'eau.

Durant trois mois, elle a eu tous les jours pendant deux, trois, quelquefois quatre heures, des attaques dans lesquelles j'ai observé tous ces symptômes divers. La nuit elle était ordinairement tranquille, dormait un peu, et n'avait presque jamais d'accès. Ces accès variaient sans cesse, aucun ne se ressemblait parfaitement. Souvent d'une minute à l'autre il survenait des changements considérables. A l'étouffement succédait quelquefois une irritation générale de la tête, puis une exaltation des idées fort remarquable[1].

§ 2. — ATTAQUE DE GRANDS MOUVEMENTS OU ATTAQUE DE CLOWNISME

Dans l'attaque démoniaque que je viens d'essayer de décrire, la deuxième période, qui en fait presque tous les frais, se trouve surtout représentée par un de ses éléments, les attitudes illogiques ou contorsions. Les grands mouvements n'y occupent qu'un rang secondaire. Par contre, il existe une autre variété de l'attaque hystéro-épileptique également créée aux dépens de la deuxième période, mais composée surtout de la phase des grands mouvements. Cette variété constitue en général ces sortes d'attaques mixtes qu'on ne saurait rapporter ni à l'hystéro-épilepsie ni à la petite hystérie ou hystérie vulgaire. En effet, la période épileptoïde y est peu ou point représentée, et toute la crise consiste en mouvements, souvent d'une violence extrême, s'exécutant

1. Claye (de Chartres), *Journal de Corvisart,* tome XV, p. 416.

suivant un certain rythme ou dans le désordre le plus complet. Il s'y joint des cris, des propensions à mordre et à déchirer, et parfois l'accès devient furieux. D'autres fois, l'attaque de grands mouvements n'a rien d'effrayant et se compose presque exclusivement de salutations, de sauts et de culbutes variées, qui rappellent les exercices des acrobates, et justifient le nom d'*attaques de clownisme* qu'on peut leur donner.

Plusieurs fois nous avons observé ces sortes d'attaques chez Gen... La période épileptoïde était réduite à quelques convulsions partielles de la face; puis les grandes salutations, les cris, quelques mouvements désordonnés, interrompus quelquefois par un arc de cercle de courte durée, composaient tout le reste de l'accès. Les accès étaient séparés par une sorte de sommeil, pendant lequel de légers signes de tête, quelques mouvements des lèvres, semblaient révéler la présence d'une hallucination. Au milieu de ce calme, quelques mouvements convulsifs de la face indiquaient le retour de l'agitation.

Pendant cette variété d'attaque, la perte de connaissance n'est pas complète. Quelques malades ont même pleinement conscience de leur état, et, au sortir de l'accès, affirment n'avoir pu, malgré tous leurs efforts, maîtriser leur agitation. Quand elles ont pu y arriver pendant quelques instants, elles n'ont abouti qu'à provoquer bientôt une crise plus violente.

Les exemples de cette variété de la grande attaque ne sont pas rares, puisqu'on peut y rattacher la plupart des cas un peu intenses de l'hystérie vulgaire.

J'en rapporterai quelques observations.

L'année dernière un docteur de province écrivait à M. Charcot au sujet d'une jeune malade dont les violentes attaques convulsives lui faisaient redouter l'existence simultanée de l'hystérie et de l'épilepsie. Nous trouverons dans le récit du D[r] X... un exemple d'hystérie intense, ou d'hystéro-épilepsie (suivant le sens restreint que nous attribuons ici à cette dénomination) dans laquelle les attaques se sont principalement bornées aux phénomènes de la deuxième période.

Observation V. — Mademoiselle X... est âgée de seize ans. Elle est née à la Havane, de père français et de mère espagnole. Le père et la mère sont morts depuis deux ans. Le père est mort à l'âge de cinquante-deux ans de la fièvre jaune ou d'un ictère grave. J'ignore la cause de la mort de la mère.

La malade a été réglée à treize ans. Dès l'âge de onze ans, ses seins étaient déja développés. Aujourd'hui, elle a la taille et l'aspect d'une jeune fille de vingt ans. Depuis l'établissement des règles, celles-ci n'ont jamais fait défaut; elles apparaissent tous les vingt-six jours, elles durent trois jours, le sang est

bien coloré. Elles se sont établies pendant la traversée, à la suite de coliques très vives. Depuis elles ne sont pas trop douloureuses.

Depuis l'âge de huit ans, cette enfant est sujette à des attaques nerveuses. Quel caractère avaient-elles à la Havane? je ne saurais le dire, elles ne devaient guère différer de ce qu'elles sont aujourd'hui; je vais essayer de les dépeindre.

La malade sent l'approche des attaques; elle en est prévenue par une sensation de constriction au niveau de l'estomac, suivie immédiatement de celle d'une boule qui vient lui comprimer la gorge. Cette sensation se renouvelle plusieurs fois, la face devient congestionnée et la malade tombe suffoquée, les poings serrés, le pouce en dessus; les muscles des membres et du tronc sont raidis, tantôt dans un état tétanique, tantôt dans un état clonique, se traduisant par des coups de pied, des coups de poing, des mouvements du bassin en avant, et nécessitant de la placer dans une chambre capitonnée. Les pupilles sont dilatées, les yeux ne sont pas convulsés en haut. Les pupilles sont insensibles à l'action de la lumière. Les piqûres d'épingles sur diverses régions du corps ne sont pas senties. Pendant tout le temps de l'attaque le pouls est très calme.

Lorsque l'attaque est terminée, la malade ne se souvient de rien. La main gauche reste quelquefois fermée pendant huit, quinze ou vingt jours.

Il y a deux mois, les deux mains sont restées fermées pour la première fois, aujourd'hui elles sont libres. Les attaques ne sont jamais suivies de fièvre, elles laissent après elles à peine un petit malaise.

L'intelligence est assez vive, le caractère est très doux. Depuis deux ans qu'elle est en France, elle parle bien la langue française, et elle est devenue assez forte en musique. Les attaques ne semblent pas coïncider avec l'apparition ou la cessation des règles. La malade est restée une fois cinq mois sans rien ressentir.

Les parties génitales ne présentent rien d'anormal. Il n'y a pas de vers intestinaux.

Hammond rapporte un cas d'hystéro-épilepsie[1] dans lequel les convulsions consistaient en mouvements de tout le corps absolument semblables à ceux que nous avons observés souvent chez nos malades et particulièrement chez Ler... Nous les avons représentés fig. 50.

Les accidents variés consignés dans l'observation suivante et que le Dr Kennedy rapproche de la danse de Saint-Guy, relèvent évidemment de la grande hystérie, et les manifestations diverses dont se composaient les attaques deviennent un exemple fort remarquable de l'exten-

1. « Chez une femme que j'ai vue il y a plusieurs années à l'hôpital de Pensylvanie, dans le service du Dr Pepper, les convulsions consistèrent en une série de mouvements rapides, produits pendant que la malade était au lit, le dos en extension forcée comme dans l'opisthotonos; la tête et les talons seuls touchaient le plan du lit; puis, quand les muscles se relâchaient subitement, les fesses retombaient avec force sur le lit. Ces contractions se répétèrent avec rapidité et sans interruption pendant une heure ou plus, et elles furent suivies d'une période de détente pendant laquelle la malade riait et pleurait alternativement. » (*Loc. cit.*, p. 911.)

sion et de la variété dont sont susceptibles les « grands mouvements » de la deuxième période.

Observation VI. — A. M., jeune personne de treize ans, de forte constitution et ordinairement bien portante, fut prise, le 10 juin 1836, de quelques accidents nerveux analogues aux symptômes de la danse de Saint-Guy. Deux semaines auparavant, elle avait un peu de constipation et se plaignait de céphalalgie frontale. Les accidents nerveux débutaient soudainement, commençant par un *aura* qui remontait des orteils jusqu'à l'abdomen : il y avait un, deux ou trois spasmes de hoquet, puis un balancement latéral de la tête et du cou; dans ce premier temps, le corps était penché, la partie antérieure des cuisses relevée vers l'abdomen, le front incliné sur la face postérieure de l'avant-bras droit, qui était maintenu au poignet par la main gauche. Après être restée pendant quelque temps dans cette position, tout à fait insensible aux agents extérieurs, ne se réveillant ni aux cris poussés autour d'elle, ni aux pincements, ni aux secousses les plus fortes, elle s'agitait dans toutes les directions, se pelotonnait, souvent se mettait la tête en bas, les pieds en l'air et appuyée contre le mur. La figure était alors rouge, gonflée, anxieuse. La respiration s'arrêtait un instant ; puis c'étaient des soupirs bruyants et saccadés. Tantôt elle se renversait en arrière, ou fléchissant fortement la jambe elle faisait toucher ses talons aux protubérances ischiatiques; d'autres fois, elle se baissait tout à fait, ou battait le tambour avec une inconcevable rapidité; elle dansait sur les genoux, agitant les mains comme une folle. Le plus souvent elle avait l'air colère, quelquefois désappointé et comme dans le désespoir. Trois fois, pendant une attaque, elle tourna rapidement sur ses genoux; puis elle saisit avec les mains le bord de son lit; comme pour en détacher un morceau, et ne pouvant y réussir, elle le mordit avec ses dents.

Tels étaient les principaux phénomènes de cette étrange affection. Du reste, l'accès fini, la malade n'avait plus conscience de ce qui s'était passé. Les attaques étaient au nombre de quatorze à quinze; elles commençaient avec assez de régularité vers huit heures du matin, et revenaient à des intervalles plus ou moins courts jusqu'à dix ou onze heures du soir. Il n'y en avait point pendant la nuit. La durée d'un accès variait de vingt minutes à une demi-heure, et, dans les derniers temps, d'une heure à une heure et demie, quelquefois deux heures[1].

La violence des « grands mouvements » dans l'observation suivante, ne le cède en rien à ce que nous avons nous-même observé. Il s'y joint des accès de rage terrible, des envies de mordre, de dévorer... Ces phénomènes qui sont ceux de la seconde période, composent d'abord, à eux seuls, les attaques dont la durée est de quinze à vingt heures. Lorsque la maladie diminue d'intensité, ces mouvements convulsifs qui

1. Dr Kennedy, *Edinburgh, med., and surg. journal*, juillet 1838; *Arch. gén. de méd.*, 3e série, t. IV, p. 229. Cité ar Landouzy. *Traité complet de l'hystérie*. Paris 1846, p. 53.

ne durent plus qu'une heure ou deux, sont suivis de rêves et d'une phase de délire...

Observation VII. — Mademoiselle de Serrière, de Sarrelouis, âgée de dix-sept ans, d'un tempérament sanguin, vive et robuste, eut, dans le courant de novembre 1764, à la suite d'une longue syncope, après une saignée au bras, un accès de vapeur si considérable, qu'il fut suivi, à l'instant, d'une paralysie complète depuis la ceinture jusqu'en bas. Les remèdes usités en ce cas ayant été sans effet, on l'envoya aux eaux de Bourbonne le 23 janvier suivant; elle logea chez moi.

Elle n'eut depuis son premier accident jusqu'à ce jour, aucun accès vaporeux.

Sa paralysie était à un si haut degré, qu'elle était insensible à une épingle enfoncée profondément dans ses jambes et ses cuisses.

Deux jours après son arrivée, elle fut mise à l'usage des eaux en boisson : le troisième jour qu'elle en but, elle eut, sur le soir, un serrement à la gorge, qui fut aussitôt suivi de perte de connaissance accompagnée, tantôt de hoquets très violents, tantôt de cris très aigus et perçants, enfin de *mouvements convulsifs si terribles, que quatre hommes eurent peine à la contenir sur son lit :* cet accident dura quinze heures.

Depuis ce jour, qui était le 28 janvier, les mêmes symptômes reparurent tous les deux ou trois jours, avec la même violence, la malade éprouvant de plus, dans les muscles de la respiration et du bas-ventre, quelquefois les plus rudes secousses. Dans ces instants le diaphragme se levait et s'abaissait avec une telle vitesse, que la poitrine imitait très bien alors le mouvement d'une vague fortement agitée par la tempête. Une autre fois, elle ouvrait de grands yeux, fixait quelqu'un, et tout à coup *se précipitait dessus comme pour le dévorer*. Si, en cherchant à l'éviter, quelques-uns de ses vêtements lui tombaient sous la main, *elle ne les quittait pas qu'elle n'eût emporté la pièce.*

Cette triste et cruelle situation durait des dix-huit, vingt heures, pendant lesquelles elle avait quelques courts moments de rémission, et revint à peu près dans le même ordre jusqu'au 12 de mars.

Depuis cette époque jusqu'au 15 avril, les accidents s'éloignèrent, furent moins longs, et ne revinrent que tous les cinq, six ou huit jours. Leurs commencements étaient alors en tout semblable aux autres; mais une heure ou deux après, les mouvements convulsifs cessaient comme par enchantement, et étaient suivis de rêves, dans lesquels elle racontait toutes ses affaires particulières et domestiques, et tout ce qu'elle avait vu ou entendu les jours précédents [1].

En outre des convulsions variées qui composent ordinairement la deuxième période (mouvements rythmés des membres, soulèvements en arc de cercle,...) une malade dont l'observation a été rapportée par Mottard exécutait des mouvements d'une agilité et d'une adresse sur-

1. Chevalier, *Journal de médecine*, an 1770, t. XXXIII, p. 30. Cité par Landouzy, *loc. cit.*, p. 60.

prenantes, qui rappellent ce qui se passe parfois chez les somnambules. L'attaque débutait par une phase d'assoupissement avec raideur de tout le corps et grincement des dents, qui représente la période épileptoïde.

Toute la série de ces accidents bizarres pouvait être provoquée ou arrêtée par de légères frictions à l'épigastre.

OBSERVATION VIII. — Au milieu d'une conversation animée, d'un amusement, livrée à un travail ou même immobile spectatrice de ce qui se passe autour d'elle, cette jeune fille, âgée de douze ans, commence à bâiller: son aspect prend une teinte particulière : elle soupire, chancelle, perd ses forces, ne sait plus ce qu'elle veut, ce qu'elle fait; accuse des douleurs aux jambes, à la nuque, enfin à l'épigastre; agite son bras droit sur sa tête, comme un postillon faisant claquer son fouet. Elle délire, et, si elle a mangé depuis peu, il lui survient des nausées, des vomissements de mucosités d'abord, ensuite de matières plus ou moins digérées. Elle vacille, tombe, s'assoupit et cherche à se relever, puis retombe encore et s'assoupit de nouveau, tend ses membres qui deviennent d'une raideur tétanique, grince les dents, pousse un soupir et se lève avec vivacité, s'agite en tous sens; ses forces et sa dextérité deviennent prodigieuses en s'agitant. Elle court, s'élance, bondit, saute, monte, grimpe, descend avec une surprenante adresse, une étonnante agilité; elle danse sur une table, sur un bâton placé transversalement, sur le dossier d'une chaise, sur les épaules, sur la tête d'un homme, et ne perd presque jamais l'équilibre. Le pouls bat 130, son œil est fixe, le regard farouche, la pupille dilatée. Elle ne connaît personne, n'entend plus rien, elle voit, mais n'observe pas; elle est insensible aux piqûres, au feu même; elle frappe, se heurte et ne se plaint pas. Elle a souvent soif et crie : « A boire, sœur; » elle saisit la coupe, boit d'une manière convulsive, et semblable à l'hydrophobe, elle rejette cette coupe avec horreur. Elle se repose quelques minutes et recommence; puis elle caresse, rit, aboie, se mord et recommence encore. Quelquefois elle se jette à terre, frappe alternativement des bras et des jambes, son corps s'arque tantôt devant, tantôt derrière; d'autres fois ces mouvements ne se font que d'un côté, l'autre semblant paralysé. Le mal cède graduellement, elle tombe affaiblie, mais ne sue pas, malgré ce travail et l'extrême chaleur de l'étable; elle soupire, étend les bras, demande à boire, à se coucher. Son sommeil est troublé par intervalles, il lui semble, dit-elle, « avoir au gosier un corps qu'elle ne peut avaler; » elle est agitée par des soubresauts, des mouvements convulsifs qui se calment, et après une heure tout est fini. Le pouls bat 120; à son réveil elle éprouve un peu de fatigue qui disparaît bientôt pour faire place à la parfaite tranquilité de ses sens. Ses attaques sont irrégulières : tantôt deux fois par jour, tantôt une, et c'est l'ordinaire; quelquefois les accès ne reviennent que tous les jours! d'autres fois ils laissent un intervalle de huit jours, sans que rien puisse expliquer ces irrégularités. La durée moyenne des accès est d'une heure. Mais, ce qui m'a le plus surpris, c'est de pouvoir lui faire venir l'attaque et de la faire disparaître à volonté. De légères frictions pratiquées sur l'épigastre, pendant deux ou trois minutes, suffisaient pour l'endormir pendant deux ou trois autres minutes, et tout se

suivait comme il a été dit. Les mêmes frictions, exercées pendant trois ou quatre minutes le lui faisaient cesser ; alors, ce que j'appellerai sa *convalescence*, était plus pénible, plus longue. Elle se portait bien, mangeait de bon appétit et ne se plaignait que d'une douleur légère à la nuque, suivie de rots qui la soulageaient [1]...

Sous le titre de *chlorose compliquée d'accidents nerveux des plus curieux*, le Dr Dagron a publié dans les *Annales médico-psychologiques* de janvier 1844, une observation fort intéressante qui nous paraît devoir être classée parmi les faits de grande hystérie avec attaques se rapportant à la variété dont il s'agit ici. Voici un résumé de cette longue observation :

Observation IX. — Louise Alonier, âgée de dix-sept ans, taille élevée, cheveux noirs, système musculaire développé ; intelligence précoce.

A l'âge de treize ans, pour la première fois (mai 1838), elle donna quelques signes d'hallucinations; entre autres, elle revint un jour du champ, où elle était occupée à garder les moutons, en poussant des cris et pleurant avec toute l'expression d'une grande frayeur. Interrogée par sa mère, elle répondit qu'elle avait vu le fou et qu'il l'avait poursuivie. A quelques jours de là elle fut prise, pendant le repas, d'un rire inextinguible accompagné d'une expression bizarre dont les parents furent alarmés.

Peu de temps après, elle rentre précipitammeut de la fête d'un village voisin, tout en larmes et disant : *on m'a ensorcelée, mes sœurs sont perdues.* Le lendemain à cinq heures du matin, elle était prise de convulsions étranges. On était au deuxième dimanche de mai 1838.

Ces crises se répétèrent régulièrement pendant huit jours, cinq ou six fois par jour, en commençant bien régulièrement à cinq heures du matin.

A partir de ce jour, la malade cesse tout travail. Mélancolie profonde. Horreur très grande pour tout ce qui a trait à la religion ; la vue d'un prêtre lui cause une impression terrible. Un prêtre qui venait fréquemment dans la maison ayant mis son chapeau sur son coffre, elle en sort tous ses habits et ne veut plus les y mettre. Première apparition des règles sans changement notable.

Après un an passé dans cet état de stupeur, le deuxième dimanche de mai 1839 voit reparaître les attaques avec les mêmes caractères que l'année précédente, cessant au bout de huit jours pour se montrer de nouveau au deuxième dimanche de mai 1840, où ils suivirent encore la même marche La santé s'altère. La malade devient d'une faiblesse extrême.

En mai 1841, les choses se passent comme précédemment.

En 1842, M. Lenepveu, médecin à la Châtaigneraie (Vendée), assista à un accès. Voici ce qu'il dit : « La première crise avait toujours lieu exactement à la même heure. La malade perd subitement connaissance; elle tombe sur le dos, et, dans cette position, tantôt elle repose dans une immobilité absolue

1. Mottard, *Gazette méd. de Paris*, année 1836, p. 762. Cité par Landouzy, *loc. cit.*, p. 57.

sur la nuque et sur les talons, le corps étant raide et arqué à la région des reins; tantôt elle exécute des mouvements alternatifs d'élévation et d'abaissement du bassin, puis elle se relève précipitamment, et elle se met à faire le tour de sa chambre en marchant sur les pieds et sur la tête, le corps étant penché suivant sa face antérieure; elle semble éviter d'une manière instinctive les obstacles qu'elle rencontre dans cette marche irrégulière. Elle cesse cet exercice pour se relever et sauter perpendiculairement et à la même place pendant cinq ou six minutes. Elle répète ces divers mouvements très régulièrement à chaque accès, et pousse pendant ces divers exercices des cris plaintifs exprimant la douleur. Le visage est pâle et contracté, le pouls petit et serré, les sens sont insensibles et la plus scrupuleuse attention n'a pu me laisser supposer qu'il y eut rien de simulé. La crise cesse subitement; la malade répond alors aux questions qui lui sont adressées, et dit ne pas avoir conscience de ce qui vient de se passer; elle éprouve bien un peu d'anhélation, mais qui n'est point en rapport avec la violence de l'exercice auquel elle vient de se livrer, et durant lequel il faut plusieurs personnes pour la contenir. ».

Pendant cette année 1842 les crises se manifestèrent tous les mois pendant huit jours.

En 1843 (27 juillet), l'état s'aggravant de plus en plus, elle entre à l'hospice des aliénés de Fontenay (Vendée).

Les crises continuent avec les mêmes caractères et résistent à une médication antispasmodique des plus puissantes. Son aversion pour les prêtres persiste. Elle ne peut souffrir les religieuses de l'hospice. Elle est dans un état de faiblesse extrême. Or constate les signes d'un état chlorotique très accusé.

Mais, sous l'influence d'un traitement ferrugineux, les accidents s'amendent peu à peu et finissent par disparaître complètement vers la fin de la même année.

Son aversion pour les prêtres diminue. Si elle a si grand peur de ces «gens-là, » c'est qu'un prêtre qu'elle désigne lui a manqué gravement lors de sa première communion. Elle se plaît dans la société des religieuses.

A sa sortie de l'établissement, 7 octobre 1843, la malade est grasse, forte, colorée; les règles sont plus abondantes, il n'y a plus de bruit de souffle au cœur ni dans les artères. La raison est intacte, elle n'a rien oublié de ce qu'elle a appris étant enfant; sa haine pour le prêtre qu'elle désigne n'est plus aussi forte; elle se contente, dit-elle, de le mépriser. Les accidents convulsifs n'existent plus.

Les exemples qui précèdent suffisent pour montrer les formes nombreuses et variées que peuvent revêtir les « grands mouvements » de la deuxième période. En tenant compte, en outre, des symptômes étrangers aux attaques, des circonstances qui ont présidé à l'éclosion de la maladie, du mode d'évolution des phénomènes convulsifs, etc., on arrivera le plus souvent à une appréciation plus juste d'une foule d'accidents nerveux bizarres que les auteurs jusqu'ici se sont contentés de ranger, sous des dénominations variées, parmi les curiosités de la

science, et qui, étudiés avec plus de soin, trouvent leur place tout naturellement parmi les manifestations variées d'une même névrose, la grande hystérie.

Je ne ferai que signaler ici les « attaques de cris », hurlements, aboiements, miaulements, glapissements, gloussements, grognements, coassements, etc..., qui évidemment se rapprochent de ce que nous observons dans la seconde période de la grande attaque. On pourrait rapprocher de ces cris d'animaux, les bruits imitatifs tels que ceux que Math... exécute avec ses dents et ses lèvres et qui imitent le bruit d'une locomotive en marche.

« Ces cris, dit Briquet, ont lieu de temps en temps et à des époques plus ou moins rapprochées, de telle sorte que, chez quelques malades, ils ont lieu à tout instant, tandis que chez d'autres, ils ne se produisent qu'une ou deux fois par jour. Quelques femmes ne les ont que de loin en loin, comme elles auraient une attaque de nerfs; enfin dans quelques cas, ils sont périodiques. »

CHAPITRE V

VARIÉTÉ PAR MODIFICATION DE LA TROISIÈME PÉRIODE. — ATTAQUE D'ATTITUDE PASSIONNELLE. — ATTAQUE D'EXTASE

Le type de cette variété de l'attaque hystéro-épileptique est reproduit artificiellement en quelque sorte par les inhalations d'éther.

Sous l'influence de la respiration des vapeurs d'éther, la malade voit apparaître les hallucinations qui composent habituellement la troisième période de son attaque. Sans passer par la période épileptoïde et par celle des grands mouvements, elle entre d'emblée dans la troisième période et exécute les poses plastiques qui répondent à son hallucination; ce qui montre bien que nous avons affaire ici à un fragment d'attaque, provoqué seulement par l'éther, c'est que la compression de l'ovaire suspend immédiatement l'hallucination et ramène la connaissance, laissant la malade dans un état d'ébriété qui persiste comme effet direct de l'action de l'éther.

« Lors des premières expériences tentées sur les inhalations d'éther, M. Laugier ayant fait respirer à une jeune fille de dix-sept ans qu'il devait amputer de la cuisse, un mélange d'air et d'éther, cette jeune fille, d'un *esprit mystique, tomba dans une véritable extase*. Réveillée après l'opération, elle se plaignait d'être *revenue parmi les hommes*, et rapporta que pendant son sommeil elle avait vu Dieu et les anges! » (Maury, *Revue des Deux-Mondes*, 1860, t. XXV, p. 696.)

Quand l'attaque se produit spontanément, les attitudes passionnelles sont, de temps à autre, interrompues par quelques phénomènes épileptoïdes, souvent peu accusés. Marc... nous offre souvent des exemples de ce genre d'attaque. Les poses plastiques les plus variées durent parfois sans discontinuer pendant une demi-heure; puis une distorsion des traits, quelques battements de paupières, un grincement de dents, quelques grands mouvements toniques à peine esquissés, marquent le

début d'une nouvelle attaque, et les poses plastiques recommencent aussitôt. La seconde phase, grands mouvemeuts et contorsions, n'existe pas.

L'influence de l'éther sur les attitudes passionnelles elles-mêmes est de les prolonger : chaque attitude dure beaucoup plus longtemps, ainsi qu'on le remarque dans les attaques complètes qui surviennent quelquefois à la suite des inhalations d'éther.

Parmi les observations d'*extase* que l'on trouve dans les auteurs, un grand nombre présente tous les caractères de l'*attitude passionnelle*.

Les principaux traits de l'extase sont ainsi tracés par Michéa :

Absorbés dans les objets de leur contemplation, les extatiques sont tantôt silencieux et immobiles, et tantôt ils parlent, ils chantent, ils gesticulent, ils prennent des attitudes en rapport avec les idées, les sentiments, les images dont ils subissent l'empire. Plus rarement et exceptionnellement ils se déplacent.

Les sens sont le plus souvent abolis, la sensibilité générale est ordinairement complètement éteinte.

Le visage reste ordinairement coloré, le pouls, toujours perceptible, est souvent accéléré. La respiration s'effectue d'une façon normale. Parfois elle se ralentit un peu. La peau conserve habituellement sa chaleur. Parfois cependant les extrémités deviennent froides.

Plus la sensibilité générale ou spéciale s'émousse, plus l'idée-image gagne en énergie, plus elle se rapproche de l'*hallucination*, à laquelle elle finit par aboutir. Les hallucinations sont des plus variées et en rapport avec les idées et la manière de vivre des extatiques.

En sortant de leurs accès, notamment des paroxysmes de l'extase mystique, certains sujets accusent une grande vigueur corporelle, ils continuent à éprouver un contentement, une quiétude d'esprit indicible et *parlent avec enthousiasme de toutes les visions délicieuses* qu'ils ont eues et dont ils regrettent la trop courte durée[1].

Tels sont les caractères de l'extase qui autorisent le rapprochement que j'établis en ce moment. Mon intention n'est pas de faire ici l'histoire de toutes les extatiques célèbres, et je n'ai point la prétention de les réduire toutes aux mêmes proportions afin de les faire entrer exactement dans le même cadre. L'extase est le plus souvent un état complexe, fréquemment associé à des phénomènes morbides de diverse nature. Les auteurs ont distingué entre l'extase profane, l'extase mystique, l'extase cataleptique, l'extase somnambulique... l'extase morbide

1. Michéa, *N. D. de méd. et de chir. prat.*, art. EXTASE.

et l'extase physiologique[1]. Je ne conteste point que l'extase ne puisse se trouver en dehors de l'hystérie, de même que la catalepsie et le somnambulisme que nous étudierons plus loin. Ce que je désire faire ressortir ici, c'est qu'il existe une extase hystérique, qui n'est autre chose que l'attitude passionnelle, dont nous avons précisé plus haut les caractères, et que cette attitude passionnelle fragment détaché de la grande attaque hystérique, est comme le fond commun sur lequel viennent se grouper les manifestations variées, bizarres ou extraordinaires qui donnent à un grand nombre de faits d'extase leur caractère merveilleux.

L'extase, d'après l'opinion généralement admise, complique assez souvent l'hystérie. Zimmermann, dans son *Traité de l'expérience*, parle d'une dame douée de beaucoup de sensibilité et de tendresse, qui éprouva dans sa jeunesse des accidents hystériques. Quelquefois cette dame cessait de parler; elle se sentait embrasée d'un amour divin, confondu avec un amour mystique, savourant le charme de baisers imaginaires.

Il y a longtemps d'ailleurs qu'on a fait la remarque que les femmes hystériques ont des visions, des hallucinations à la manière des extatiques[2].

« Les attaques d'extase, dit Briquet, peuvent se produire de deux manières; quelquefois elles sont précédées par les préludes ordinaires des attaques de spasme ou de convulsions hystériques, de sorte que l'extase n'est qu'un des incidents de l'attaque ; d'autres fois les malades tombent brusquement en extase sans aucun prodrome.

»..... En somme, les hystériques sont susceptibles d'arriver, par l'excitation des attaques, à un maximum de puissance intellectuelle, comme elles peuvent, dans les convulsions, arriver à un maximum de puissance musculaire. »

Il ne nous sera pas difficile de montrer, par quelques observations, les connexions étroites qui existent entre l'extase et les attitudes passionnelles.

Une malade observée par Brierre de Boismont et qui présentait des crises convulsives très violentes se terminant par des phénomènes d'ex-

1. Brierre de Boismont distingue l'extase physiologique et l'extase morbide. Dans la première classe, il range les prophètes, les saints, les philosophes, plusieurs personnages illustres, dont les extases n'ont été que le résultat de leurs profondes méditations, l'illumination soudaine de leurs pensées, une intuition extraordinaire. Dans la seconde catégorie rentrent les faits dont il s'agit ici.

Piesse est du même avis.

Par contre, Michéa, Baillarger, Moreau de Tours considèrent l'extase comme toujours morbide.

2. Brierre de Boismont, *Des hallucinations*, p. 308.

tase et de délire, avait en outre dans leur intervalle de petites attaques d'extase. « Dans l'intervalle de ces crises (crises convulsives), dit cet auteur, elle restait souvent immobile, les yeux fixes, tournés vers le ciel, le sourire sur les lèvres, murmurant des mots inintelligibles, ou paraissant plongée dans une sorte de béatitude. » Il est difficile de ne pas voir là un fragment détaché de la troisième période de la grande attaque.

Le plus souvent, lorsque chez nos malades l'attaque hystéro-épileptique se trouve réduite à sa troisième période, les attitudes passionnelles s'y montrent nombreuses et variées. Mais il peut arriver que cette troisième période ne se compose que d'une seule attitude passionnelle, ainsi que nous l'avons parfois observé chez quelques-unes de nos malades et principalement chez Gen... Chez cette dernière malade l'attitude revêtait alors les traits les plus frappants sous lesquels on a coutume de figurer les extatiques.

Une attaque des plus remarquables de ce genre a été recueillie par M. Bourneville sur la même malade.

Extase. — G... est assise : tantôt la tête garde une attitude presque naturelle; les yeux sont légèrement dirigés en haut, les mains jointes reposent sur le lit; c'est *l'attitude de la prière;* — tantôt, la tête est un peu penchée en arrière; — d'autres fois, enfin, l'attitude est celle que l'on attribue aux *illuminées*, comme sainte Thérèse, etc... Dans ce dernier cas, la tête est rejetée en arrière, le regard porté vers le ciel; la physionomie, empreinte d'une grande douceur, exprime une satisfaction idéale; le cou est gonflé, tendu; la respiration paraît suspendue; l'immobilité du corps entier est pour ainsi dire absolue. Les mains jointes, reposant sur la partie supérieure de la poitrine, complètent la ressemblance avec les représentations des saints que l'art le plus parfait nous a données.

Quelle que soit, d'ailleurs, l'attitude prise par la malade, elle la conserve durant dix, quinze, vingt minutes et même davantage. A la fin, aussi, on observe les mêmes contractions de la face, les mêmes modifications de la physionomie, le même *délire érotique* qui succèdent d'ordinaire au délire mélancolique. Seulement le contraste, alors, est beaucoup plus frappant. En effet, après avoir assisté à cette extase, dans laquelle la malade est en quelque sorte transfigurée, l'observateur, non habitué encore à ces scènes, reste tout stupéfait en voyant ces contorsions hideuses de la face, cette expression de lubricité extrême que nous avons signalées. En pareille circonstance, la malade laisse retomber son corps sur le lit, relève sa chemise, écarte les cuisses; — ou bien, s'adressant à l'un des assistants, elle s'incline brusquement vers lui, disant : « Embrasse-moi!... Donne-moi... Tiens, voilà mon... » Et ses gestes accentuent encore la signification de ses paroles[1].

1. Bourneville et Regnard, *loc. cit.*, Observ. Gen..., t. I. p. 70.

Je rapprocherai des extases de Gen..., les attaques de crucifiement de Ler... rapportées par le même auteur.

Crucifiement. — Elles (les attaques de crucifiement) sont précédées d'ordinaire par de l'agitation, un hoquet fatigant et des mouvements de déglutition. Bientôt, la tête se porte en arrière, les bras s'étendent, le tronc se raidit, les jambes deviennent rigides. Alors, le crucifiement est complet. Voici les caractères qu'il présente :

D'une façon générale, immobilité complète de la face, du tronc et des membres. La tête est rectiligne, fortement portée en arrière; les paupières sont entr'ouvertes et parfois animées de mouvements convulsifs très rapides, elles laissent voir les globes oculaires, qui sont immobiles, portés en haut et en dedans. Les muscles des mâchoires sont contracturés et les arcades dentaires, distantes d'un centimètre l'une de l'autre, ne peuvent être ni rapprochées, ni écartées.

La face antérieure du cou, arrondie, comme gonflée, est soulevée momentanément par de bruyants mouvements de déglutition. Les muscles du cou sont durs, tendus.

Les *membres supérieurs*, très contracturés et étendus perpendiculairement au tronc, sont *en croix;* les mains sont fermées et les doigts fléchis si violemment sur la paume des mains qu'il est impossible de les allonger.

Le *tronc* est légèrement incurvé, de telle sorte que sa face postérieure est concave et que le ventre, par conséquent, est un peu projeté en avant. Les membres inférieurs sont rapprochés, allongés, les orteils sont fléchis, crochus.

En un mot, la rigidité est si accusée qu'on pourrait soulever le corps tout d'une pièce comme une barre de fer.

Ces attaques durent quelquefois six ou sept heures. La *descente de croix* s'effectue peu à peu. Les membres qui, pendant l'attaque, étaient pâles, presque froids, deviennent bleuâtres et chauds; les avant-bras se fléchissent, puis s'étendent comme si la malade se détirait. Elle porte les mains à son cou, qu'elle déchirerait si on ne la surveillait. Elle a un hoquet qui se précipite de plus en plus. La tête se fléchit. L... semble se réveiller d'un songe : « Où suis-je? » Elle se soulève, s'assied, se lamente : « J'étais si bien là-haut, dit-elle... C'était si beau! » Enfin, elle se plaint d'être fatiguée, courbaturée.

Lorsqu'on demande à L... de raconter ce qu'elle a vu, sa physionomie revêt une expression de bonheur : « Elle était dans le ciel au milieu d'une lumière éblouissante. Partout il y avait de la mousse, des petits saint Jean, des moutons frisés, des diamants qui brillaient, des dessins, des tableaux, des étoiles de toutes les couleurs... Notre-Seigneur a de longs cheveux bouclés, une grande barbe rouge; il est beau, grand, fort, tout en or. La sainte Vierge est dorée. Notre-Seigneur lui a parlé, mais elle ne peut se rappeler ses paroles. Elle n'a pu lui répondre, tant elle était émue. »

Elle gémit et paraît regretter de ne plus avoir ses visions[1].

L'observation suivante, rapportée par M. Dubrisay sous le titre de délire extatique éclatant tout à coup dans le cours d'une grossesse à la

1. Bourneville et Regnard, *loc. cit.*, Observ. Ler., t. I. p. 22.

suite d'une émotion morale, nous paraît rentrer dans les faits que nous étudions en ce moment. Elle peut être considérée comme une attaque d'hystérie dans laquelle les deux dernières périodes ont pris un développement exagéré et insolite, mais tout en conservant leurs principaux caractères.

OBSERVATION X. — Ch..., passementière, âgée de vingt-deux ans, est entrée à la Salpêtrière le 31 mai 1857.

D'après les renseignements qui nous ont été donnés, cette jeune fille n'avait jamais présenté aucun signe d'aliénation mentale. Elle était laborieuse, intelligente, et jusqu'il y a trois mois, avait toujours mené une conduite parfaitement régulière.

A cette époque, Ch... se laissa séduire par un jeune homme, qui, depuis longtemps, lui faisait la cour. Bientôt elle s'aperçut qu'elle était enceinte; elle en fit part à son amant, mais celui-ci la reçut très brutalement, s'emporta contre elle, la frappa et finit par la mettre à la porte, en la prévenant que si jamais elle lui apportait l'enfant, il le jetterait par la fenêtre.

Ch..., qui *depuis longtemps était sujette à des attaques de nerfs*, et que son état de grossesse rendait encore plus impressionnable, eut aussitôt *une crise nerveuse très violente, et immédiatement après on vit éclater le délire.*

Pendant huit jours encore elle resta chez une amie, mais elle refusait toute espèce d'aliments, ne dormait plus, s'enfuyait sans cesse de la maison. On fut donc forcé de la conduire à l'hospice. Le lendemain de son entrée, cette jeune fille se présente à nous dans l'état suivant :

La figure est altérée, le regard inquiet, tous les membres agités par un tremblement convulsif; la malade, complètement étrangère à ce qui se passe autour d'elle, est plongée dans une sorte d'extase.

Par moments, elle prononce quelques mots entrecoupés : « Adolphe, Adolphe... il a dit qu'il viendrait... ne jette pas l'enfant par la fenêtre... il va venir tantôt... Adolphe... ne le jette pas. » — Elle se lève, s'approche de la fenêtre, regarde au dehors, et, à voir la terreur qui se peint sur ses traits, son attitude épouvantée, ses gestes suppliants, on ne peut douter qu'elle n'assiste réellement à la scène de meurtre dont la seule pensée lui a fait perdre la raison. Elle semble même entendre la voix de la personne qu'elle attend, fait quelques pas pour aller à sa rencontre; mais tout à coup elle retombe sur elle-même, se met à fondre en larmes, et redit encore en sanglotant : « Ne jette pas l'enfant par la fenêtre... Adolphe... il m'a fait bien du mal... » Et de sa main elle montre le creux de l'estomac.

En vain cherche-t-on à la rappeler à elle-même par les questions les plus pressantes, par des impressions externes même douloureuses; elle est sourde, insensible, aveugle; elle est tout entière absorbée par les souvenirs qui l'obsèdent, par le spectacle affreux que son imagination lui représente.

Pendant deux jours, cet état d'agitation extatique se reproduisit d'une manière presque continue; mais dès le troisième jour, un changement notable se manifesta.

Le visage était devenu plus calme, le tremblement convulsif des membres avait diminué, les conceptions délirantes s'étaient affaiblies; la malade reve-

nait peu à peu au sentiment de la vie réelle : on pouvait momentanément fixer son attention et obtenir quelques réponses.

Les jours suivants, l'amélioration continua. Ch... se mit d'elle-même à travailler. Elle répondit raisonnablement aux questions qui lui furent adressées, parla de sa grossesse et put préciser la date exacte de sa dernière époque menstruelle. Par instants encore elle divaguait, et au mouvement de ses lèvres on pouvait reconnaître qu'elle parlait seule; mais son délire, devenu intermittent, n'était plus que passager. Enfin toutes les conceptions délirantes se sont dissipées, et le 16 juin 1857, Ch... paraît complètement guérie; elle est redevenue calme, laborieuse, parfaitement raisonnable; il ne lui reste plus qu'un peu de tristesse.

On continue encore pour quelques jours le traitement qui a été prescrit dès le début : du fer réduit, du vin de quinquina et des affusions froides.

Cet accès de délire extatique est remarquable par son mode d'invasion et par la forme qu'il a revêtue. Ch... éprouve une très vive émotion, et immédiatement elle perd la raison. C'est une menace de mort contre son enfant qui a été la cause de sa folie, et l'impression qu'elle a ressentie se reflète sur toutes les illusions engendrées par l'extase. Ce n'est que dans des cas assez rares que le délire apparaît aussi instantanément, et surtout qu'il conserve ainsi l'empreinte de la cause qui l'a produit.

A voir, à entendre Ch..., alors que nous n'avions encore aucun renseignement sur son compte, on pressentait que derrière son délire il y avait quelque événement grave. En observant ses accès d'extase délirante, on se rappelait involontairement la manière dont les auteurs dramatiques ont représenté la folie sur le théâtne, en donnant comme la règle ce qui n'est que l'exception[1].

Nous ajouterons que les caractères mêmes de ce délire, son allure théâtrale, son mode de début à la suite d'une crise convulsive, la présence d'hallucinations qui reproduisent invariablement une même circonstance, enfin l'insensibilité qui l'accompagne, sont autant de faits qui plaident en faveur de sa nature hystérique.

Le Dr Sanderet a publié l'observation d'une jeune fille extatique, tout particulièrement intéressante à notre point de vue. Cette malade âgée de dix-sept ans, commença par avoir des crises hystériques nettement caractérisées. Au bout d'un mois les attaques convulsives se modifièrent. Il survint des accès de sommeil qui duraient douze heures, et à la suite desquels elle affirmait avoir vu le paradis, puis de véritables attaques d'attitudes passionnelles, ainsi qu'on le voit par l'intéressant récit que nous a laissé cet auteur.

Observation XI. — Dans le village de Voray (Haute-Saône), à 12 ou 13 kilomètres de Besançon, vit une jeune fille, Alexandrine Lanois, âgée de dix-sept ans, d'un visage sans caractère saillant, l'air simple, doux et bon, et qui, jusqu'aux accidents que je vais indiquer dans leur ordre de succession,

1. *Annales médico-psychologiques*, Paris, 1858, t. IV, p. 428 et suiv.

n'avait attiré l'attention par aucun côté. Elle appartient à des parents pauvres; elle vivait du travail de ses mains et aidait sa mère dans les soins du ménage. En un mot, suivant l'expression du curé, c'était une jeune fille parfaitement *insignifiante*.

Au mois de février 1850, cette jeune fille fut affectée d'une pleurésie du côté gauche. Traitée et guérie, elle essuya, vers la fin du même mois, une rechute qui exigea de nouveaux soins, et fut suivie bientôt d'accès de fièvre, intermittente d'abord, quotidienne, puis tierce, accès qui cédèrent après une résistance de quinze jours au sulfate de quinine.

Il n'était plus question de cette maladie, lorsqu'au commencement de juin survinrent des *attaques de nerfs, des accidents hystériformes, crises qui se répétaient vingt ou trente fois dans la journée, et ne duraient que quelques minutes. La malade perdait connaissance et se livrait en cet état, à des mouvements désordonnés, qu'à peine plusieurs personnes suffisaient à maîtriser*. Ces nouveaux phénomènes ne durèrent que quelques jours et disparurent pendant l'emploi des antispasmodiques.

A la fin de juillet commencèrent les *extases*. Je décrirai bientôt un de ces accès, dans lequel je l'observai. Je n'indique en ce moment que les faits essentiels; chaque accès était régulièrement périodique; elle *dormait pendant douze heures;* la veille était de vingt-quatre heures. Toutes les précautions conseillées par le médecin, mouvements, danses, distractions, repos, efforts musculaires, étaient inutiles; l'attaque arrivait et se terminait irrévocablement au moment fixé. Déjà elle disait elle-même quand venait l'accès : *je vais partir*, et, *revenue à elle, elle annonçait qu'elle avait vu le paradis. Déjà, alors aussi, elle récitait des prières, psalmodiait des chants pieux, rien au delà.*

Au bout de douze jours, ses voyages étaient finis. On avait employé les bains froids.

Les détails qui précèdent ont été fournis par M. Jennin jeune, médecin fort intelligent, qui habite le village de Voray, et qui a donné ses soins, dès le premier jour, à Alexandrine Lanois.

Six semaines après, au mois d'octobre, les attaques avaient reparu, mais l'ordre des phénomènes était interverti; l'accès était de vingt-quatre heures, la veille de douze heures seulement. C'est alors que, passant dans le village, je fus prié par une jeune dame de visiter cette fille *miraculeuse*. Il était près de quatre heures du soir; je devais me hâter, me dit-on, si je voulais voir la malade à l'état de veille, parce que ses accès arrivaient à quatre heures. Je courus; j'entrai dans une chambre étroite et sombre, encombrée de curieux, lorsqu'on me dit qu'elle venait de *partir*. Je regardai ma montre, il était quatre heures deux minutes.

Elle était dans son lit, le visage parfaitement calme, l'œil fermé, la *paupière animée d'un mouvement incessant*, les membres souples et retombant doucement et sans effort, quand on les soulevait; la respiration était égale, régulière; le pouls fréquent.

Ses mains étaient rapprochées et presque jointes sur sa poitrine. Après quelques minutes, elle les unit dans un frottement doux et lent. Elle va chanter, me dit sa mère; et, en effet, elle commença un cantique, d'une voix pleine, vibrante, sans effort, d'une voix *qu'on ne lui connaissait pas*, et quoique son chant conservât les traditions villageoises, il y avait incontestablement dans son faire un sentiment assez vif. Le cantique achevé, et il fut assez long,

Alexandrine reprit son immobilité. La paupière que je soulevai me montrait l'œil qui fuyait rapidement la lumière; ces tentatives répétées amenèrent des larmes au coin externe de l'œil gauche. A ce moment aussi je la pinçai avec force; elle ne parut rien sentir; je lui enfonçai dans la main une forte épingle : même résultat; l'*insensibilité était complète.*

Quelques instants s'écoulèrent. Puis la malade fit des mouvements qui avaient évidemment pour but et qui eurent pour résultat de refouler les couvertures au pied du lit. *Elle va se lever*, me dit sa mère. *En effet, avec une force pleine de souplesse, et même de grâce, elle se souleva sans l'aide de ses mains, s'assit d'abord, puis sans déranger un pli de son jupon blanc, elle se dressa dans l'espèce de niche ou d'encadrement formé par les rideaux; sa tête était légèrement inclinée à gauche et en avant; les deux bras pendants s'écartaient du corps à leur partie inférieure, et les mains étaient renversées, la paume tournée en avant; la jambe gauche était un peu infléchie et le bassin légèrement incliné.*

En cet état, elle offrait très exactement l'attitude d'une image ou d'une statue de l'Immaculée Conception, très répandue dans notre pays, et partout, je crois, car elle est classique. Je ne puis donner de son air une idée plus précise qu'en rappelant cette image, et vraiment elle *posait* avec un naturel parfait. *Alexandrine récita alors plusieurs prières;* mais au contraire de son chant, sa parole était rapide, confuse, et je ne pus comprendre ce qu'elle disait.

Je soulevai plusieurs fois, et successivement les deux bras, jusqu'à l'angle droit; ils redescendaient doucement, et par un mouvement égal, continu, plus précis que si la volonté l'avait ménagé, les mains reprenaient leur position. Plusieurs fois j'essayai de rapprocher invariablement l'avant-bras du corps, d'incliner la main en dedans; la statue reparaissait toujours. Enfin, elle se replia sur elle-même, et, avec une allure irréprochable, s'étendit dans son lit et reprit son immobilité, pour recommencer quelque temps après les mêmes mouvements.

La malade a paru fatiguée des diverses épreuves que je lui ai fait subir; son front était en sueur, et sa mère s'étonnait, comme d'une circonstance nouvelle, de l'expression de souffrance que portait son visage. Je passai ainsi une heure auprès d'Alexandrine.

La mère qui semblait se soucier peu du miracle, car elle avait besoin du travail de sa fille, l'aînée de sept enfants, me pria de m'en occuper et d'essayer sa guérison. Mais la malade avait annoncé, depuis plusieurs jours, que ces crises cesseraient le samedi (je la voyais le jeudi). Je refusai donc d'intervenir, promettant mon concours pour le cas où les attaques se continueraient au delà du terme fixé.

Le dimanche, je retournai à Voray, pressé par un sentiment de curiosité que chacun comprendra. Les extases étaient finies; Alexandrine était éveillée. Elle me dit que ses attaques ne reviendraient point de quelque temps, sans me donner un terme. Je la questionnai sur ses voyages au ciel, lui demandant ce qu'elle avait vu... *Elle avait vu le bon Dieu qui était tout blanc, disait-elle, les anges, etc., et le ciel était d'or et d'argent.* Cela fait peu d'honneur à son imagination. Et, en effet, éveillée, cette fille ne me parut que simple, douce, timide, assez bornée, et par conséquent sans artifice[1].....

1. Sanderet, *Union médicale*, 1851, 18 janvier; *Annales médico-psychologiques*, p. 347.

L'extatique de Fontet, dont l'histoire a été rapportée par MM. Mauriac et Verdalle, doit trouver sa place ici. C'est un exemple d'extase mystique développée chez un sujet et au milieu de circonstances qui ne permettent aucun doute sur la véritable nature de la maladie. Je ne partage cependant pas complètement l'opinion de MM. Mauriac et Verdalle, qui pensent qu'une partie des phénomènes observés chez l'extatique de Fontet est simulée et que son extase hebdomadaire se compose d'une succession de crises maintenues dans un ordre constant par l'influence de la volonté. A l'aide des notions que nous avons acquises sur la grande attaque hystérique, je pense rendre à ce fait extraordinaire sa véritable signification, en rapprochant les attaques d'extase de cette variété spéciale de la grande attaque d'hystérie, composée d'une série d'attitudes passionnelles.

Observation XII. — Marie Bergadieu, dite *Berguille*, est née en 1829 à Loupiac (Gironde). Mariée à l'âge de vingt et un ans. Plusieurs enfants dont un seul vivant, un fils âgé de seize ans. Elle n'a jamais cessé de se livrer aux rudes travaux des champs. Sa santé a été relativement bonne. Vers seize ans, signes d'hystérie. Plus tard hallucinations nocturnes terrifiantes de nature démonopathique. A la suite de la mort de sa fille en 1871 elle eut, pendant plus d'un an, des visions, la nuit, qui lui représentaient sa pauvre fille.

Vers 1873, gastralgie. Vomissements opiniâtres pendant plus de deux mois. Elle est guérie subitement par l'usage de l'eau de Lourdes. Ensuite elle a des visions, voit la sainte Vierge, fait des prédictions sur le retour d'Henri V, etc.

Enfin, c'est en 1875 que MM. Mauriac et Verdalle furent témoins de l'accès extatique dont voici la description :

« Berguille reste ainsi tranquille, étendue sur son lit, pendant tout le temps que nous l'examinons. Mais ses yeux deviennent de plus en plus fixes, le regard de plus en plus vague. Elle dirige les yeux en haut sur le bois du lit. En ce moment le pouls a de 68 à 72 pulsations.

» A 1 h. 3 min. commence l'extase. Le pouls est monté à 80. Elle joint les mains sur le devant de la poitrine; le regard devient tout à fait fixe, les yeux sont grands ouverts; ses lèvres remuent; elle semble murmurer des prières. On remarque de fréquents mouvements de déglutition. Une lumière est approchée de la pupille : elle est très contractile et un peu dilatée; les membres sont raides, mais nous remarquons qu'ils se laissent défléchir assez aisément, puis se redressent tout d'un coup, comme par une détente brusque. La température a sensiblement baissé aux extrémités; les mains et les pieds sont pâles et froids comme du marbre, tandis que la face et le cou sont chauds et injectés.

» 1 h. 6 min. Le pouls monte à 84. Les yeux semblent fatigués : ils s'injectent et deviennent larmoyants; mais ils sont toujours fixés en haut et largement ouverts. C'est à peine si, de temps en temps, nous remarquons un léger clignement.

» 1 h. 8 min. La malade laisse tomber sa tête sur l'épaule gauche; même état.

» 1 h. 9 min. Elle se soulève assez maladroitement, avec une sorte de balancement d'un côté à l'autre et s'agenouille sur son lit : les mains restent jointes, les yeux toujours fixes.

» Alors commence la *Passion* ou le *chemin de la croix*. Jusqu'à 1 h. 47 m., c'est-à-dire pendant les trente-six minutes qui vont suivre, la malade va imiter les diverses scènes de la passion, changeant douze fois de position et faisant ainsi à genoux le tour de son lit, tombant trois fois aux intervalles voulus, le visage contre terre, et arrivant ainsi à 1 h. 47 m. au point d'où elle est partie. Pendant tout ce temps les yeux restent absolument fixes et grands ouverts. Voici ce que nous observons durant cette période :

» 1 h. 10 m. Les bras sont saisis d'un tremblement marqué, analogue à celui qu'on remarque dans les muscles fatigués par des contractions prolongées. Nous mettons sous le nez de la malade un flacon d'ammoniaque concentré : l'odorat est émoussé, mais pas tout à fait anéanti, car elle semble suspendre sa respiration comme pour éviter une odeur désagréable : les mouvements de déglutition, si fréquents tout à l'heure, s'arrêtent pendant l'expérience, et reprennent plus vite aussitôt après; en même temps les yeux sont pris de clignements plus accusés, quoique peu sensibles en somme, et deviennent larmoyants. La pupille est toujours contractile. Cette expérience a été répétée un certain nombre de fois, et a toujours produit le même résultat négatif.

» Berguille ne répond pas aux questions qu'on lui pose, et semble insensible aux bruits extérieurs. Cependant, l'un de nous se glisse derrière elle sans qu'elle s'en aperçoive et pousse un cri très fort, elle tressaille légèrement.

» La peau paraît insensible aux piqûres, aux pincements. Notons cependant que la présence de la famille nous gêne beaucoup dans les expériences que nous voudrions faire à ce sujet.

» 1 h. 40 m. Pouls à 100. Déglutition accélérée.

» 1 h. 43 m. Berguille est arrivée au terme de sa course; elle fait sa dernière station et se trouve dans la même position qu'au début. Les bras tombent deux fois de suite et reprennent leur position première. Nous voulons, à ce moment, examiner le fond de l'œil à l'aide de l'ophthalmoscope, mais la malade change de position, et cela nous devient impossible.

» 1 h. 47 m. Le chemin de la croix est fini : le *crucifiement* va commencer.

» Tout d'un coup, la malade se rejette en arrière, se couche sur le dos, étend le bras de chaque côté et demeure immobile. C'est le moment le plus intéressant. Mais citons un fait avant d'aller plus loin : elle se couche aussi maladroitement qu'elle s'est levée, et toujours avec ce mouvement de balancement que nous avons déjà fait remarquer.

» Encore une observation : malgré *son apparente insensibilité*, elle semble faire grande attention à ce que ses jupes et ses draps soient arrangés d'une façon convenable; elle les dispose avec les mains dans l'ordre le plus régulier : ce ne sont pas de ces mouvements brusques qu'on s'attend à voir. Nous croyons que notre remarque n'est pas sans quelque importance.

» Voici la série des phénomènes que nous observons :

» Le pouls est à 112.

» Nous comptons 100 respirations par minute. Les muscles du thorax semblent paralysés; ils ne se contractent pas; la poitrine est immobile. Le diaphragme fait à lui seul tous les frais de la respiration. On voit le ventre et surtout l'épigastre se soulever et battre avec une rapidité étonnante. L'expiration est très bruyante, comme soufflante.

» Les yeux sont fermés et semblent fuir la lumière. Nous soulevons la pau-

pière et nous avons de la peine à voir la pupille; l'œil se rejette en haut immédiatement.

» Les membres sont dans l'extension forcée, très raides; il faut déployer une grande force pour parvenir à les faire ployer. L'extension forcée des orteils amène une courbure très marquée en avant.

» La température semble remontée : nous disons semble, parce que nous n'avons pas malheureusement de thermomètre pour constater exactement les variations. Mais la peau devient chaude.

» 1 h. 49 m. 84 respirations, 84 pulsations.

» Nous essayons à ce moment de voir où en est la sensibilité cutanée. Elle est absolument abolie. Ni pincements, ni piqûres ne font tressaillir la malade. Nous lui appliquons sur l'avant-bras gauche les réophores d'un appareil électrique très fort au bisulfate de mercure : les muscles se contractent énergiquement; les extenseurs et les fléchisseurs sont également influencés, mais la patiente ne bouge pas, n'a pas un tressaillement, ce qui prouve à l'évidence que la sensibilité cutanée et la sensibilité musculaire sont tout à fait anéanties.

» 1 h. 56 m., pouls à 76. La respiration est suspendue pendant 45 s.

» 1 h. 58 m. Même suspension de la respiration.

» 1 h. 59 m. La respiration devient saccadée, la déglutition très fréquente.

» 2 h. Le pouls est tombé à 76, la respiration à 72.

» Nous sommes obligés de partir à notre grand regret; mais la crise doit durer jusque vers 6 heures; il nous est impossible de demeurer plus longtemps. Nous prions M. G..., qui reste là, de prendre quelques notes et de nous les envoyer. En voici le résumé :

» La crise a duré jusqu'à 6 h. 7 m., et, pendant tout ce temps, Berguille est restée à peu près dans la même position; elle ne s'est soulevée à peine qu'une ou deux fois. Les yeux sont toujours restés fermés. La respiration a repris peu à peu son fonctionnement normal, elle est devenue thoracique.

» Le pouls bat encore 70 pulsations à 3 h. 30, mais il baisse peu à peu à 4 h. 30 m., et n'offre plus que 56 pulsations, puis il se relève et, à la fin de la crise, il est à 70.

» De temps en temps la malade fait un effort pour se lever, alors elle remue les bras et entr'ouvre les yeux. Le regard est terne, voilé.

» Vers 5 h. elle commence à parler : elle chante le *salve regina*. Sa première parole est celle-ci : « oh! que de tristesse! » puis viennent des phrases entrecoupées peu intelligibles.

» Pendant ce monologue, Berguille a les yeux grands ouverts : elle les fixe en haut, mais les tourne souvent de côté et d'autre, comme si elle cherchait quelque chose.

» Enfin, à 6 h. 7 m. elle s'assied sur son lit, se tourne du côté de la cheminée qui est chargée de statuettes, d'images, de chapelets, et elle se met à contempler ces objets. A ce moment, paraît-il, elle voit la *Vierge;* ses yeux se remplissent de larmes. Elle prie et parle d'une façon peu intelligente. Au bout de quelques instants, elle se recouche, et tout est oublié : Berguille est entrée dans le monde des vivants. On lui présente des gâteaux qu'elle mange et elle parle aux personnes qui l'entourent.

» Une demi-heure après, elle se lève et aussitôt se livre aux vulgaires travaux de la cuisine.

» Le lendemain samedi, la voyante a repris son train de vie ordinaire, et

faisait, dans la matinée, 12 kilomètres à pied pour aller assister à la première communion d'un de ses neveux[1]. »

Les exemples qui précèdent suffisent pour faire voir le développement que peuvent prendre les attitudes passionnelles de la troisième période de la grande attaque hystérique. Je me réserve de revenir plus loin sur certains faits extraordinaires d'extase.

Je renvoie également au chapitre des variétés de l'attaque par immixtion de symptômes cataleptiques, l'étude des faits que les auteurs ont désigné du nom d'extases cataleptiques.

1. *Étude médicale sur l'extatique de Fontet*, par E. Mauriac et H. Verdalle. Paris, 1875, p. 25.

CHAPITRE VI

VARIÉTÉS SE RATTACHANT A LA QUATRIÈME PÉRIODE. — 1° ATTAQUE DE DÉLIRE. — 2° ATTAQUE DE CONTRACTURE

§ 1. — ATTAQUE DE DÉLIRE

Le délire de la quatrième période, avec les caractères variés que nous lui avons assignés, peut acquérir une importance exagérée aux dépens des autres périodes, s'isoler même complètement et constituer ainsi une variété de la grande attaque dont nous allons nous occuper maintenant.

Griesinger décrit sous le nom de folie hystérique aiguë les accès délirants dont nous parlons :

« Dans la première forme (forme aiguë), ce sont des accès aigus de délire et d'agitation allant quelquefois jusqu'à la manie ; elle se *développe à la suite des attaques convulsives ordinaires de l'hystérie;* mais dans certains cas ces attaques sont très légères, quelquefois même l'accès de folie semble remplacer l'attaque convulsive, qui manque complètement ; la même chose s'observe pour l'épilepsie. Ces accès de manie s'observent parfois déjà chez de très jeunes filles ; elles crient, elles chantent, battent leurs compagnes, leur disent des injures ; quelquefois elles ont un délire furieux, elles font des tentatives de suicide, elles ont une surexcitation nymphomaniaque, ou bien elles ont un délire religieux ou démoniaque, ou enfin elles se livrent à des actes extravagants, mais encore cohérents[1]. »

1. Griesinger, *Traité des maladies mentales.* Traduction du Dr Doumic, p. 215.

Afin de mieux faire ressortir la nature vraiment hystérique de certaines attaques de délire qui, par l'absence de tout phénomène convulsif paraissent s'éloigner de la grande névrose, j'ai divisé en deux catégories les observations recueillies à ce sujet :

a. Dans la première, les attaques de délire s'accompagnent de phénomènes hystériques qui appartiennent aux autres périodes de l'attaque et dont la présence est comme le sceau de la grande névrose.

b. Dans la seconde, les attaques de délire se montrent indépendamment de tout autre phénomène hystérique.

A. — ATTAQUES DE DÉLIRE S'ACCOMPAGNANT DE QUELQUES PHÉNOMÈNES APPARTENANT AUX AUTRES PÉRIODES DE L'ATTAQUE

Dans cette catégorie, la véritable nature des accidents ne saurait échapper. On voit se joindre aux troubles cérébraux, soit la strangulation avec les phénomènes douloureux de l'aura hysterica, soit une période épileptoïde, complète ou écourtée, soit quelques grands mouvements ou contorsions de la deuxième période, soit des attitudes d'extase qui caractérisent plus particulièrement la troisième période. La variété qui résulte de ces combinaisons ne connaît pour ainsi dire pas de bornes. Toutefois il est des types plus communs, et celui qu'il nous a été donné d'observer le plus souvent chez nos malades, résulte de la réunion des troubles psychiques et des phénomènes épileptoïdes de la première période, soit que ceux-ci précèdent l'attaque délirante ou l'interrompent de temps à autre.

Nous rapporterons plus loin (obs. CIX) l'histoire d'une jeune fille de quinze ans dont les attaques d'hystérie consistaient principalement en accès délirants, précédés d'une phase épileptoïde.

Gen..., après un léger accès épileptoïde, se met souvent à faire des discours d'ordre religieux, sur le ton le plus empathique et le plus exalté. Elle déplore son passé, demande pardon à Dieu, excite les autres à la piété et à la pénitence. Elle entre souvent dans un délire de mémoire qui n'en finit pas. Ce délire n'a pas la même fixité que les attitudes passionnelles, il varie plus facilement, et change suivant la disposition d'esprit et les circonstances présentes au milieu desquelles vit la malade.

Très souvent Marc... a des attaques pendant lesquelles elle répète toutes les chansons de son répertoire, qui paraît inépuisable. Elle accompagne de balancements de tête et de mouvements des bras son chant,

à peine interrompu de temps en temps par quelques phénomènes épileptoïdes.

En voici un exemple :

20 fév. 1878. — Marc... qui se tient debout près du poêle, causant avec la surveillante du service, me regarde à mon arrivée dans la salle avec des yeux étranges. Elle ne paraît pas me reconnaître. Puis tout d'un coup, sans mot dire, elle se dirige vers la porte ; on l'arrête ; c'est le début de son attaque.

On s'empresse de la coucher. Elle délire : « Mademoiselle Bot... je souffre, soignez-moi... dans le ventre... j'étouffe... » Elle cause avec volubilité des internes, des médecins, etc. De temps à autre le délire est interrompu par une petite attaque épileptoïde marquée par l'arrêt de la respiration, la turgescence de la face, la convulsion des yeux, le grincement des dents, l'écume à la bouche, les grands mouvements toniques des membres et un court tétanisme. Le tout ne dure que quelques instants. Le délire au contraire se prolonge, il porte sur son passé, sur son présent, sur les médecins, donnant de chacun d'eux une appréciation différente. Elle veut donner son corps au médecin, plutôt que de le vendre ou de le laisser enterrer. Dans un cimetière, les chiens et les gens y viennent faire des incongruités. « J'aime mieux être dans un bocal, c'est bien plus digne !... » etc.

Après cette dissertation un peu lugubre, ses idées prennent une autre direction. Elle chante : « Si j'étais roi de Béotie... etc. », à la façon d'une personne ivre. Puis : «Ah ! je ris de me voir si belle... etc. »

Ce dernier morceau est interrompu par un accès épileptoïde de courte durée semblable à celui que nous avons déjà indiqué. A peine terminés, les chants reprennent : « Oui c'est moi qu'il a choisie... etc. » Elle se démène tout en chantant, elle fait des gestes, bat la mesure, exécute des fioritures. « Oui c'est moi qui t'a choisi, Ernest !... Te rappelles-tu quand tu me chantais : Ne parle pas, Rose,... »

A ce moment ses membres se contracturent, mais elle ne perd pas connaissance. Ce sont les crampes généralisées de la quatrième période qui commencent à apparaître. Sa voix tremble, elle est interrompue par instants, elle n'en essaye pas moins de continuer ses chants : « Puis... que j'ai... mis... ma... lè... vre... à ta... coupe... en... core... pleine... etc. » Mais elle s'impatiente : « Oh ! je ne peux jamais chanter ce qu'il me chantait. » Tout d'un coup elle tourne la tête à gauche, sa figure prend une expression horrible de dégoût et de colère : « Vieux B... pourceau !... »

Ce tableau dure peu; elle revient à ses chansons. Les contractures ont cessé. « Si tu veux tous les deux... etc. » Toute la romance y passe. Elle s'interrompt parfois, ses traits prennent une expression lubrique et elle laisse échapper cette exclamation : « Oh ! si j'étais garçon. »

Les crampes généralisées et douloureuses reparaissent, ramenant Marc... au sentiment de la réalité. Elle se plaint : « Oh ! là là... mademoiselle Bot... Syd... soulagez-moi... »

L'attaque continue ainsi offrant un mélange de contracture, de délire, de paroles, de chansons et de retours momentanés à la raison, jusqu'à quatre heures du soir. Les contractures devenant alors de plus en plus douloureuses et persistantes, on soumet la malade aux inhalations de chloroforme.

Gl... à la suite de ses attaques entre dans un *délire de paroles* qui se prolonge quelquefois. M. Bourneville a conservé la relation d'une longue attaque de ce genre, qui n'a pas duré moins de deux jours entiers. — J'en rapporterai quelques extraits, parce qu'ils montrent bien les caractères de ce délire dont le sujet est puisé dans les émotions du passé et les préoccupations du présent ou de l'avenir. Gl... s'entretient tour à tour avec son frère Antonio et avec ses deux amants Émile et Georges.

9 *juillet* 1877. — L...[1] a été tranquille hier et cette nuit; la contracture n'a pas reparu, mais les attaques ont commencé à 9 heures 1/2. Nous voyons L... à 11 heures : elle est dans le décubitus dorsal. Les cheveux sont rejetés en arrière; les paupières s'abaissent et se relèvent; la physionomie exprime le mépris, la colère, L... se soulève à demi :

« Et je ne te vaux pas?... Tu n'étais pas digne d'être aimé !... » Effroi : « Les rats au derrière !... Ils me mordent !... Maman ! » Elle rejette brusquement les bras, découvrant ainsi les fesses. « Chameau ! Pignouf ! Vaurien ! » Elle reprend sa position primitive : « Et tu continues ? »

Nouvelle attaque; puis le délire reparaît. L... croise les bras, semble réfléchir; puis elle les décroise, sa physionomie exprime la menace :

« Sale bête ! Pignouf!... Est-il permis ?... » Elle se cache la figure avec les mains, croise les bras, menace de la tête : « Il m'en fait faire du mauvais sang !... J'irai sitôt que je pourrai... Tu m'envoies des grenouilles. » Elle ouvre la bouche, y introduit la main comme pour en retirer quelque chose : « Il ose encore ! En a-t-il du toupet ? Prends garde ! (*bis*) Tu oses venir à la Salpêtrière (*bis*)... La prochaine fois que tu viendras ? (*menace*)... Pour moi tu ne devrais pas y venir... Infâme ! lâche !... Tu est un homme capricieux... mes parents m'en ont dit... Tu qualifies les vices d'un voyou. »

Repos; les bras sont croisés.

« Toi qui aimes tant ta fille ! » (Allusion à son père.) L... fait des signes de la tête, air de mépris : « De quoi ?... Tu es une mère infâme !... Et mon père t'a pardonné !... Tu es une sale femme, tu es une femme mondaine. » (Elle pleure, se couvre le visage avec les mains). « S'il était permis de battre sa mère, je te battrais... si je voulais... Puis, je te dis quelque chose. Tiens, flûte ! Sale bête ! je le dirai à papa... Ant..., il est meilleur que toi, il te jouera des tours... Quand papa l'a souffleté parce qu'il l'avait trouvé avec une fille... Je ne coucherai pas ici ce soir... Sois tranquille... Je lui apprendrai... Je ne le dis pas à d'autres pour ma réputation, sans cela !... Tu te figurais que je voulais rester novice toute ma vie !... Tu sais bien ce qui te pend au nez... S'il t'a fait noire à mes yeux, il n'a fait que son devoir... Maman ! Vas-tu finir ?... Il me met des rats dans le derrière ! »

Effroi, elle se retourne; repos.

« Ton garçon t'en fera des tours aussi... Tu crois que je n'ose pas te regarder en face ?... Tu ne viens pas me voir... Si je ne me sauve pas, c'est pour papa, sans cela je sauterais les murs... J'ai agi comme une innocente, dit papa... Toi, tu m'as donné l'exemple... Je ne comprends pas que tu dises que

1. Gl.... est ici désignée par la première lettre de son nom de baptême.

je tombe du haut mal... Je suis contente de te voir, pour avoir des nouvelles de papa; mais, au bout d'un quart d'heure!... Et tu ne veux pas que je te dise tes vérités... Chaque jour que tu viens, tu pleures... Tu crois que j'irai chez toi?... Flûte!... La police?... Alors je raconterai tout... Tu as beau t'améliorer maintenant, il est trop tard... Tu dis que je gâte le ménage... Je te renie pour ma mère... Ne m'envoie pas des rats!... Des crapauds! Des crapauds! »

L... a peur; elle pleure, demande qu'on retire ces animaux, se débat. Nous comprimons la région ovarienne droite; elle revient à elle, cause naturellement; mais après un répit de 3 ou 4 minutes, les paupières palpitent, la malade devient immobile, le regard est fixe; les bras se croisent et, sans avoir eu ni période épileptoïde ni période clonique, elle retombe dans la *période du délire;* il s'agit donc là d'attaques constituées uniquement par la troisième période et annoncées, comme on le voit, par les modifications, les changements de la face qui surviennent d'habitude au début des attaques complètes.

« Compte sur moi, j'ai ton amitié... Tu m'as dit que tu me guérirais... Moi, je te jure que je n'ai rien dit à la Salpêtrière... Je voudrais bien savoir qui a pu te le dire?... Une vieille femme?... On ne me l'a pas demandé... L'autre, je le dirais bien; toi, non, il n'y a pas de danger. » (*Repos.*) « Qu'est-ce que tu veux, c'est digne d'elle... » L... converse avec son amant, le rassure au point de vue de la police, car il paraît inquiet. « Écris toujours à l'adresse que je t'ai donnée... Pour avoir une sortie de la Salpêtrière, je ne l'aurais pas... Des désagréments ? » (*geste de mépris*). Puis elle fait des projets d'évasion. « Seulement deux mois sans avoir de crises, et je me tire des pieds. » (*Repos, L... s'asseoit.*) « Tu paies de toupet jusqu'ici... Sale bête... Émile tu n'es pas gentil... Oh! sale cochon! Cochon! (*Repos*). « Oh! comme il faut se fier aux hommes! » (*Elle se débat*). « Oh! des paons! leurs queues!... Je ne veux plus de paons... Oh! Émile, Émile! » (*Elle se débat de nouveau; repos*). « Je t'en supplie, renvoie cet homme qui a une fille de vingt-deux ans! Comment tu n'en es pas jaloux!... Tu veux encore que j'aille avec lui?... Ça me surprend des choses comme çà?... Tu n'es pas jaloux?... Tu t'es toujours figuré que j'en avais un, rue des Saints-Pères. Tu te figures que j'en ai six à quinze ans... Les paroles s'en vont, les écrits restent... Dans des moments, doux comme un mouton, dans d'autres, furieux comme un lion... »

10 *juillet.* — L... a bavardé sans cesse depuis hier sans avoir d'attaques, et son bavardage continue encore : c'est un véritable *délire de paroles.*

« Quand cette chose là est arrivée, il méritait la prison... Et pour de l'argent!... Ce n'est pas une mère infâme? c'est de la canaille... J'ai fini aussi par croire que mon père était lâche... Un an après... J'ai bien fait... Il fallait bien que je me rattrape, la première fois j'avais tant souffert!... Cochon!... Et tu viendrais dire après cela que maman avait raison! Écoute, tout cela c'est des tourniquets (?), qui n'en valent pas un... Ça ne signifie rien. » (*C'est à son frère qu'elle parle*). « Mais tu allumes le feu auprès de maman... Emile, ne t'en mêle pas, je t'en supplie... Tu en as assez sur le dos... Ne me démens pas, je te fiche une giffle! »

Elle s'arrête, regarde, soupire. Elle interpelle Émile, présent avec son frère et se disculpe des reproches qu'il lui adresse.

« Dis-le moi!... Veux-tu me le dire? Pignouf! Il faut que tu sois ignoble. Tu crois donc ce garçon plus que moi... Je te jure que ce garçon n'a jamais

mis la main sur moi... Ah! est-ce vrai ou pour me taquiner?... Finis... Et quel jour?... Dis-moi tous les détails... Il m'a embrassée, puis il m'a chatouillée... je l'ai mis à sa place. »

. . . .
. . . .
. . . .

Nous revoyons la malade dans l'après-midi : elle est toujours en conversation avec ses « Invisibles ». Décubitus dorsal, les paupières sont fermées, L... a la camisole. Puis, la face devient grimaçante; L... se débat violemment, dit : « C'est impossible! » Repos, se tortille. « Cochon, je te fiche une giffle! » Repos, les yeux ouverts, fixes, les pupilles dilatées, regard effrayé, cris d'effroi. L... se débat. Repos. Elle regarde à gauche, est effrayée de nouveau, se retourne à droite, disant : « Non! non! C'est une affaire terminée, ne m'en parle plus. »

. . . .
. . . .
. . . .

L... se débat : « Sale machin!... Mon Dieu que tu es bête pour un garçon... Pourquoi suis-tu l'exemple de Georges... Ne m'agace pas, je te fiche une giffle. (*C'est à son frère Ant... qu'elle s'adresse*). Nous sommes entre nous deux, si tu ne me dis pas la vérité! (*Menace*)... Dis, ou je te fiche une giffle. » Repos : « Puis? (*Écoute comme si elle entendait une explication*). Et c'est tout? Tu vas me dire la vérité, ou une giffle... (*Soulève la tête, menace*). Tu entends ce que je te dis, sois franc une fois dans ta vie... Cochon!... Mais ce sera ton tour bientôt... Maman est lunatique, capricieuse... Et quand elle t'a dit cela, tu ne lui as pas jeté une bouteille à la figure? Tu m'en contes des mensonges... Tu es un lâche... tu as peur de ta sœur, d'une gosse!... Tu ne seras jamais capable d'être soldat... Et tu lui as laissé dire cela! Continue (*air et ton impératifs*). Dis-le-moi tout de même! (*Elle paraît écouter attentivement ce que lui raconte son frère*). Et puis?... Eh bien! tant mieux! papa va le savoir, et elle en recevra des camouflets... Tu as les yeux de maman... Je n'en suis pas jalouse, j'ai papa pour moi... Tiens, je vais te donner une giffle! (*Elle est en colère et fait le geste*). Tu pleures? Va-t-en, je te fiche des coups de pieds... Ma petite sœur... Tu pleures! Je voudrais que Georges te voie. Que tu es bête... Je ne te le dirai pas... Tu es trop jeune pour que je te confie des secrets. » (*Écoute.*)

. . . .
. . . .
. . . .

Durant cette longue attaque de délire, la température a suivi les oscillations ci-après : le 9, T. R. 38°; — le 10, matin, 37°,8; soir, 38°,4.

On a sondé la malade à 5 heures (10 juillet) et on a retiré une grande quantité d'urine. — La *sécrétion vaginale* est très abondante et très fétide.

De 6 à 7 heures du soir, L... a crié et a été très agitée; on a dû la fixer dans son lit. A 7 heures, elle est revenue à elle et a demandé à boire[1].

Il n'est pas difficile, après ce que nous avons déjà dit, de rapporter à sa véritable cause les phénomènes singuliers de délire qu'à présentés le jeune malade dont je dois l'observation à mon excellent ami P. Poirier, interne distingué des hôpitaux. La rareté de l'hystérie chez l'homme pouvait rendre le diagnostic difficile. Mais les caractères du délire furent si tranchés que ce cas ne donna lieu à aucune méprise. Le délire en outre s'accompagnait de phénomènes appartenant aux autres périodes de l'attaque (grands mouvements, agitation, arc de cercle).

Observation XIII. — M..., âgé de 18 ans, garçon très robuste, richement musclé, tempérament lymphatico-sanguin, a toujours joui d'une bonne santé. Quelques convulsions dans l'enfance à l'occasion de vers intestinaux : point de syphilis. Il n'existe dans sa famille aucun antécédent d'affection mentale; sa mère très nerveuse a eu longtemps des migraines d'une extrême violence. Il a trois frères bien portants. M... nie énergiquement s'être jamais livré à aucun acte d'onanisme. Les désirs sexuels ont toujours été très violents chez lui; il a commencé à leur donner satisfaction, il y a environ trois ans.

M... a le regard peu franc, les pommettes très saillantes et les commissures des lèvres retroussées, donnant à son visage une expression lubrique qui le fait ressembler au type convenu du satyre. Il adore les femmes et se plaît beaucoup dans leur société; loin d'elles il pense à elles, leur fait des vers. Sa mère nous a raconté que, vers l'âge de dix ans, ses sens étaient déjà éveillés : on le surprit un jour voulant faire violence à la nourrice d'un de ses frères. Cependant, pour tout le monde, M... a toujours été un garçon intelligent, qui raisonne fort bien; on s'accordait seulement à lui reconnaître une expression de figure déplaisante de faune.

Au mois de juillet 187... M. quitte le lycée, où il faisait ses humanités non sans succès, pour aller passer les vacances dans sa famille qui habite à l'étranger. Ces deux mois de repos furent employés à un commerce amoureux très suivi. Au mois d'octobre, il reprit le chemin de la France et du lycée; mais, obligé de s'arrêter dans un pays voisin, M... s'y laissa séduire par les charmes d'une chanteuse de café-concert, avec laquelle il vécut pendant vingt jours, c'est-à-dire jusqu'au moment où sa famille vint le reprendre de force pour le faire reconduire au lycée. Il rentra à Paris (1er novembre), le moral très affecté de la séparation et souffrant d'une blennorrhagie de moyenne intensité bien qu'elle fût la première.

Les premiers temps de séjour au lycée (où il était interne) ne furent marqués que par une grande tristesse, qui lui faisait fuir les jeux et la conversation de ses camarades; sa pensée était ailleurs. Puis le huitième jour (8 novembre) il fut pris subitement d'une crise nerveuse qui dura environ un quart d'heure et se renouvela, les jours suivants, à des heures variables, mais

1. *Icon. phot. de la Salp.*, par Bourneville et Régnard, t. II, p. 146.

toujours avec les mêmes caractères. On le voyait s'arrêter tout à coup ou dresser la tête, les yeux grands ouverts, faire coup sur coup une série de cinq ou six grandes aspirations par le nez et tomber brusquement à terre sans connaissance et en complète résolution. Après 10, 20 ou 30 minutes, il se relevait et reprenait l'occupation interrompue par la crise, n'ayant gardé aucun souvenir ni aucune trace de ce qui s'était passé. Nous avons assisté à plusieurs de ces crises, et nous en avons vu deux se terminer par un tremblement général très court et très léger, sans grands mouvements ni convulsions; nous n'avons remarqué aucun changement de coloration de la face; jamais la moindre trace d'écume aux lèvres, ni la plus légère morsure à la langue. La circulation et la respiration demeuraient normales, mais la sensibilité générale était complètement anéantie. A différentes reprises, nous avons traversé avec de longues épingles toutes les parties du corps sans que le malade accusât, par un mouvement quelconque, la moindre douleur.

A ce moment (12 novembre) nous avons constaté que cette anesthésie existait également dans les intervalles qui séparaient les crises. Le malade qui nous voyait lui traverser les bras avec des épingles, était fort surpris, car il ne s'était jamais aperçu de cette « qualité ». C'est le mot dont il se servait, car jusque-là son intelligence était demeurée entière; entre les attaques, il allait, venait, vivait de la vie commune.

Les jours suivants, les crises continuèrent et devinrent plus fréquentes et plus longues; M... en avait quatre ou cinq par jour et leur durée moyenne était de quinze minutes. Pendant l'une d'elles, nous nous avisâmes d'essayer la compression des testicules : celle du testicule droit nous parut beaucoup plus douloureusement sentie que celle du gauche. Tandis que tout le reste du corps est insensible, la plus légère pression sur le testicule droit déterminait de grands mouvements généraux et saccadés, mais ne ramenait point la connaissance. Ces grands mouvements s'arrêtaient subitement au moment précis où cessait la pression. Ce n'était point la sensibilité spéciale à l'organe qui était en jeu, mais bien un état d'hyperesthésie analogue à l'hyperesthésie ovarienne des hystériques; nous insistons à dessein sur ce point, parce que nous nous en sommes assuré à plusieurs reprises.

A ce moment également, nous avons entendu plusieurs fois le malade se plaindre, après les attaques, d'une sensation de constriction à la gorge; il prenait, en nous disant cela, son larynx entre le pouce et l'index pour mieux nons montrer où « ça le serrait ».

Le 10 novembre, M... fut pris vers quatre heures de l'après-midi d'une crise qui dura environ trois quarts d'heure : il se releva comme d'ordinaire et se mit à marcher à grands pas dans la chambre, en demandant « si elle allait venir, pourquoi elle n'était pas encore arrivée, puisque le concert était fini ». Il n'avait plus aucune connaissance réelle du monde extérieur; il se croyait là-bas, dans le café qu'il avait récemment fréquenté, et ceux qui l'environnaient (son père, ses amis, et moi qu'on était venu chercher précipitamment) étaient le patron, les garçons et les habitués de l'établissement. Nous essayâmes en vain de le rappeler à une notion plus exacte de la situation; mais il nous répondit très raisonnablement et par des raisonnements qui s'enchaînaient fort bien en apparence, que nous étions des imbéciles, qu'il n'était pas à Paris, mais à V..., dans le café d'Antonia.

Ce délire, qui dura trois jours entiers, fut interrompu par de fréquentes at-

taques : par instants, le malade s'agitait, lançait les bras et les jambes au hasard, ou bien se levait sur son lit et s'élançait en avant, les bras ouverts, vers un but imaginaire. Il fallut l'attacher sur son lit.

Pendant ces attaques, nous essayâmes de nouveau la compression des testicules : les grands mouvements redoublèrent, et à deux reprises le malade *se mit en arc de cercle, ne reposant sur le lit que par l'occiput et les talons.*

Par moments, le calme revenait; M... se mettait à fredonner les airs favoris d'Antonia; puis subitement il s'arrêtait, tendait la tête, écoutait et battait la mesure avec le bras. Il entendait certainement sa chanteuse.

Nous n'avons veillé ce malade que pendant une nuit, et nous n'avons pu relever un ordre défini et toujours le même dans ces manifestations somatiques et psychiques.

Il ressemblait en tout aux hystériques femmes en état de mal : délire interrompu par des crises. La remarque nous en fut faite par un des assistants, étudiant en médecine, et qui nous avait tenu plusieurs fois compagnie pendant nos gardes à la Salpêtrière.

Comme il était impossible de garder M... dans la maison de ses parents, en raison des dangers qu'il courait pendant ses attaques (car deux ou trois personnes ne suffisaient pas pour le maintenir dans son lit), nous résolûmes de le faire entrer à Sainte-Anne.

M. Feréol voulut bien venir voir notre malade, qu'il trouva dans le délire, et nous délivra un certificat portant comme diagnostic : « délire avec attaques hystériformes ».

M... entra à Sainte-Anne (12 novembre); il fut soigné dans le service de M. Dagonet, qui a eu l'obligeance de nous communiquer son diagnostic : « Ce jeune homme est atteint d'une affection fort exceptionnelle, c'est une véritable folie ou plutôt un délire hystérique. Il a été pris d'attaques hystériques violentes, à forme paroxystique et d'un trouble des facultés consécutif. Aujourd'hui (15 novembre), à part une grande impressionnabilité et une dispotion à l'exaltation, il est revenu à la raison. Il est difficile de préciser qu'elle a été la cause actuelle de ces accidents; il est évident qu'ils étaient préparés par sa disposition érotique. A-t-il fait des excès vénériens, ou s'est-il livré à des actes répétés d'onanisme à ce moment, c'est ce qu'il faudrait savoir ».

M... sortit de Sainte-Anne le 16 novembre, revenu à la raison, mais toujours sujet à des crises.

Depuis, l'état mental est resté bon; les crises continuent avec les mêmes caractères qu'autrefois. La blennorrhagie est en voie de guérison.

Nous l'avons encore revu en décembre; même état; les crises se présentent une ou deux fois par jour. Le 16, il était allé en soirée, on faisait de la musique (piano), il a eu coup sur coup trois attaques, et est rentré chez lui plus sombre que jamais. L'anesthésie persiste toujours, totale et complète.

Nous avons interrogé les sensibilités spéciales (œil, nez, ouïe) sans relever aucun trouble

3 janvier. — Nous avons reçu des nouvelles de M..., qui est maintenant dans son pays. Depuis une quinzaine, il a moins de crises, le voyage l'a distrait; mais il est survenu un nouveau symptôme, témoignant bien à notre

avis de la nature hystérique de l'affection. Depuis huit jours, M... a de véritables accès de somnambulisme : de jour et de nuit il se lève, se promène dans sa chambre et se croit dans un monde idéal, tantôt il est au lycée et il adresse la parole à ses camarades, tantôt il se trouve transporté sur le boulevard, où il rencontre ses amis des deux sexes. Dans ces moments, on a beau l'appeler, chercher à l'attirer à soi, ou l'engager à se remettre au lit, il n'entend pas, résiste et échappe. Puis subitement il reprend connaissance au bout de 20 ou 30 minutes, et demande en riant ce qu'il a fait depuis une demi-heure.

Les observations d'attaques d'hystérie accompagnées de délire ne sont pas rares dans les auteurs. J'en choisis quelques-unes parmi celles qui m'ont paru le plus dignes d'intérêt.

Observation XIV. — *Crises de grande hystérie avec prédominance de la phase délirante.*

Nous lisons dans Schurigius[1], que la fille unique de Himpselius, jeune personne pieuse et pudique, âgée de dix-huit ans, avait fréquemment des attaques d'hystérie. Les accès étaient très violents ; son corps se *courbait comme un arc*, et elle jetait de *si grands cris*, que les assistants désespéraient de ses jours. L'intelligence revenait cependant à la fin du paroxysme, *elle délirait* cependant encore un peu ; elle demandait parfois une plume, de l'encre et du papier, et se mettait à écrire *des vers sacrés* et des hymnes qui ne manquaient pas de justesse et de poésie, qu'elle n'avait pu néanmoins composer dans l'intervalle des accès. Parfois au grand ébahissement des assistants, *elle débitait un sermon* très éloquent, tant dans sa langue maternelle que dans les autres langues qui *auparavant lui étaient inconnues*, telles que les langues hébraïque, grecque, latine et française, et ces langues, elle ne les savait plus après le paroxysme.

Observation XV. — *Crises de convulsions hystériques se terminant quelquefois par une phase délirante avec hallucinations.*

Hortense G..., vingt ans, mariée. Entrée à la Salpêtrière, le 5 juin 1865. Elle est dans un état voisin de la stupeur. Son regard est égaré, ses réponses sont vagues et d'une lenteur extrême. Le visage exprime une vive anxiété. La malade ne manifeste cependant par ses paroles aucune idée délirante.

Son père est mort à cinquante ans d'une pneumonie.

Sa mère vit encore et, depuis plusieurs années, est sujette « à des attaques de nerfs caractérisées par une constriction de la gorge, des mouvements désordonnés, de l'écume à la bouche, des cris, des larmes, etc. »

L'une de ses sœurs, dix jours après un accouchement, est tombée dans un état *maniaque* qui a nécessité son envoi à la Salpêtrière, où elle est encore.

G... a eu un premier enfant à dix-huit ans. Les couches ont été bonnes ;

1. *Spermatologie*, cité par Mathieu, *loc. cit.*, p. 182.

cependant, dans le cours de cette première grossesse, elle avait eu les jambes enflées et une légère bouffissure du visage.

L'enfant est bien portant et n'a jamais eu de convulsions.

Le 15 mai dernier, second accouchement qui n'offre rien de particulier. Neuf ou dix jours après, G.... est vivement impressionnée par de violents éclats de tonnerre, et, pour la première fois, donne quelques signes de trouble intellectuel. On lui applique des sinapismes aux jambes, et elle se rétablit pour retomber presque aussitôt; en sorte que, dans les quarante-huit heures qui suivirent, elle eut trois nouvelles attaques peu caractérisées et sur lesquelles nous ne pouvons obtenir que des renseignements vagues.

Dans l'une de ces attaques, la malade était assise, la tête renversée en arrière, la bouche toute grande ouverte, immobile et dans un état de stupeur apparente. *Dans une autre, elle eut des mouvements désordonnés, de l'agitation, des paroles inintelligibles, une figure grimaçante, un peu d'écume sur les lèvres.*

A la suite de ces attaques, G... présente des troubles de l'intelligence infiniment mieux caractérisés que précédemment : *phrases entrecoupées par des sanglots, hallucinations de la vue et de l'ouïe; elle se croit entourée de personnes de sa connaissance auxquelles elle adresse la parole, voit des animaux courir dans sa chambre.* Elle a des moments de profond abattement, elle parle de mort, etc. Affusions vertébrales, bromure à dose peu élevée (1 à 3 grammes par vingt-quatre heures).

En ce moment, quelques jours après son arrivée, elle est calme, ses réponses sont à peu près raisonnables; elle se sait indisposée; elle se préoccupe surtout de ses enfants, elle veut les voir et elle réclame à chaque instant sa sortie, qui lui est accordée le 29 août 1865[1].

Observation XVI. — *Crises de délire précédées seulement de quelques phénomènes somatiques hystériques.*

J'ai pu observer, pendant plusieurs mois, dans notre maison de santé d'Ivry-sur-Seine, une jeune personne pour laquelle sa famille avait réclamé les soins de notre collègue, M. le docteur Baillarger, et dont le délire franchement névrosique offrait un intérêt particulier.

Mademoiselle X..., âgée de vingt-trois ans, appartenant à une famille dont la santé, tant au physique qu'au moral, ne donnait prise à aucun soupçon d'hérédité, était arrivée jusqu'à l'âge de vingt et un ans sans éprouver le plus léger dérangement dans sa santé. Elle était d'un caractère doux, aimant, très expansif, mais au fond très sérieux. Son éducation avait été extrêmement soignée. Elle n'avait jamais quitté sa famille. Sa mère ne peut supposer que jamais idée d'aucune espèce de jouissance matérielle ait eu accès dans son esprit. Des propositions de mariage lui ayant été faites, sa réponse fut « qu'elle consentirait volontiers, qu'elle serait heureuse même d'avoir un mari, mais à la condition qu'ils habiteraient séparément. Elle ne comprenait pas qu'une femme pût s'abandonner aux caresses d'un homme; l'amour de Dieu ne laissait place dans son âme à aucun autre amour ». A diverses reprises, mademoiselle X... avait manifesté un vif désir d'entrer en religion. Il y a

1. J. Moreau (de Tours), *loc. cit.*, p. 50.

deux ans, mademoiselle X... reçut au bras droit une blessure fort grave qui donna lieu à une perte de sang extrêmememt abondante. Au dire des parents, mademoiselle X... était sur le point de rendre le dernier soupir quand l'hémorrhagie fut arrêtée par un médecin qui n'avait pu se rendre que très tard (on était à la campagne) auprès de la malade. La convalescence fut très longue, sans cependant qu'elle eût été traversée par aucun accident. Vers la fin, alors que mademoiselle X... paraissait complètement remise, des accidents nerveux se manifestèrent, et, depuis lors, ne firent que s'aggraver. La sensibilité générale était exaltée au point qu'une lumière un peu vive, le plus léger bruit, suffisaient pour faire naître de violentes convulsions, des syncopes, et jetaient parfois la malade dans une immobilité cataleptique. A ces symptômes se joignirent des vomissements réitérés, incoercibles, qui, ne permettant pas à la malade de garder aucun aliment solide ou liquide, la plongèrent bientôt dans un état de faiblesse alarmant. Du reste, pas le plus léger trouble intellectuel, pas d'idées fixes, pas d'hallucination.

Sur ces entrefaites, environ cinq mois après l'accident signalé plus haut, mademoiselle X..., est atteinte d'une fièvre muqueuse ou typhoïde peu grave, pendant le cours de laquelle les troubles nerveux semblèrent s'amender un peu; ils disparurent tout à fait dans la première quinzaine de la convalescence; mais ce fut pour faire place à une vive exaltation d'esprit, s'accompagnant de cris, de pleurs, d'emportements sans motifs, d'accès de violence, de tentatives de suicide, etc.

Un mois environ s'était écoulé, lorsque le calme se rétablit presque tout à coup. Mademoiselle X... devint triste, mélancolique, ne voulant parler à personne, refusant toute espèce de nourriture et parlant souvent de mourir.

Depuis deux ans environ, mademoiselle X... passe ainsi alternativement de l'exaltation à l'abattement. *L'affection hystérique, tout en ayant perdu considérablement de sa gravité, réapparaît néanmoins de temps à autre sous la forme de spasmes de l'œsophage, d'anxiétés précordiales, de points névralgiques et même de légers mouvements convulsifs des membres. Ces accidents ne se montrent guère qu'un peu avant la période d'agitation; ils en sont comme les signes avant-coureurs, et par leur degré d'intensité on peut, jusqu'à un certain point, prévoir la violence du délire qui leur succédera.*

Mademoiselle X... est restée six ou sept mois dans la maison de santé. Les douches vertébrales, les préparations bromurées ont fait la base du traitement. Elle est sortie parfaitement guérie [1].

Observation XVII. — *Convulsions hystériques accompagnées, précédées ou suivies de phénomènes délirants avec hallucinations.*

Mademoiselle S..., âgée de quarante-six ans, croit que tous les malheurs qui arrivent dans le monde sont causés par elle. A l'entendre, elle a tous les défauts, Dieu s'est retiré d'elle, l'a abandonnée à Satan. Cette aliénation, qui s'est d'abord montrée sous la forme triste, est maintenant caractérisée par

1. Moreau (de Tours), *loc. cit.*, page 42.

des chants, des récits, des monologues qui sont débités avec une volubilité extrême et de grands éclats de voix. Mademoiselle S... sent combien tout cela est absurde et peut, à juste titre, la faire passer pour folle, mais elle obéit à une force irrésistible qui l'entraîne; rien au monde ne pourrait l'empêcher de s'épancher au dehors. A ces grandes exaltations succèdent de fortes crises hystériques, elle se débat en proie à des convulsions très violentes et très longues. Le spasme a son point de départ dans l'utérus; lorsqu'on place la main sur cette région, les mouvements de la malade deviennent d'une autre nature, et elle dit elle-même que tout se passe dans son ventre. Pendant ces attaques, les figures des assistants se transforment; elle voit des fantômes hideux, le diable apparaît; ses idées de possession sont bien plus vives; elle pousse des cris perçants, supplie qu'on la délivre de ces apparitions, rit aux éclats, fond en larmes; puis au bout de quelques heures, elle revient à son état habituel[1].

Observation XVIII. — *Attaques convulsives, avec idées de possession et de multiplicité de la personnalité, chez une enfant.*

Marguerite B..., âgée de onze ans, d'un caractère un peu violent, mais ayant des sentiments chrétiens et pieux, fut prise, le 19 janvier 1829, sans avoir eu aucun malaise, d'attaques convulsives qui se répétèrent, pendant deux jours, avec de rares et courtes interruptions. Tant que les convulsions duraient, l'enfant était sans connaissance, elle roulait ses yeux, faisait des grimaces et exécutait avec ses bras toutes sortes de mouvements bizarres. Le 21 janvier, il se fit entendre à plusieurs reprises autour d'elle une voix qui disait : « On prie pour toi! » Aussitôt l'enfant revint à elle; elle était fatiguée, épuisée, mais elle ne savait rien de ce qui s'était passé, et disait seulement qu'elle avait rêvé. — Le 22 janvier, une autre voix basse, qui différait manifestement de la première, commença à se faire entendre aussi. Cette voix parlait presque sans discontinuer tant que la crise durait, c'est-à-dire une demi-heure, une heure et plus; elle n'était que parfois interrompue par la première, qui répétait toujours : « On prie bien pour toi! » Evidemment cette voix voulait représenter une personne différente de celle de la malade, et s'en distinguait exactement en se rendant objective et en parlant de la malade à la troisième personne. Dans ce que disait cette voix, il n'y avait pas de confusion, ni d'incohérence; elle parlait avec une conséquence rigoureuse, répondant d'une manière logique à toutes les questions ou les rejetant avec un air moqueur. Mais ce qui faisait la différence principale de ces discours, c'était leur caractère moral, ou plutôt immoral; ils exprimaient la vanité, l'arrogance, la raillerie ou la haine contre la vérité, contre Dieu et le Christ. — « Je suis le fils de Dieu, le Sauveur du monde, tu dois m'adorer. » Voilà ce que disait d'abord cette voix, puis elle le répéta souvent : moqueries contre les choses saintes, contre Dieu, le Christ et la Bible; indignation violente contre ceux qui aiment le bien; malédictions les plus abominables, une fureur excessive, mille fois répétée, et une rage affreuse en apercevant quelqu'un occupé à prier ou même joignant simplement les mains.

1. Brierre de Boismont, *loc. cit.*, p. 219.

On pouvait considérer tout cela comme les symptômes d'une influence étrangère, bien que cette voix n'eût pas trahi elle-même le nom de celui qui tenait tous ces discours, en se nommant un diable, comme cela arrive souvent. Dès que ce démon se faisait entendre, les traits de la jeune fille s'altéraient immédiatement d'une manière surprenante, et elle avait alors chaque fois un aspect diabolique, dont on peut se faire une idée en lisant dans la *Messiade* le tableau du diable offrant une pierre à Jésus.

Le 26 janvier, à 11 heures du matin, c'est-à-dire à l'heure où, d'après son dire, un ange lui avait annoncé, plusieurs jours auparavant, qu'elle serait délivrée, tous ces phénomènes cessèrent. La dernière chose qu'on entendit, ce fut une voix sortant de la bouche de la malade, et qui disait : « Va-t'en, esprit immonde, retire-toi de cette enfant ! Ne sais-tu pas qu'elle est ce que j'ai de plus cher? » Puis elle revint à elle-même. Le 31 janvier, le même état se reproduisit avec les mêmes symptômes. Mais peu à peu de nouvelles voix s'ajoutèrent à la première, jusqu'à ce que la malade en comptât six, différant entre elles, soit par le timbre, soit par le langage, soit enfin par leurs discours, dont chacune représentait la voix d'une personne distincte, et était annoncée comme telle à la malade par la première voix qu'elle avait si souvent entendue. La violence de la rage, des malédictions, des blasphèmes et des reproches que lui adressaient ces voix atteignit dans cette période de la maladie le degré le plus élevé, et les intervalles de lucidité, dans lesquels du reste la jeune fille ne conservait aucun souvenir de ce qui s'était passé dans le paroxysme (elle priait alors et lisait avec ferveur), ces intervalles, dis-je, furent plus rares et plus courts. Le 9 février, qui, comme le 31 janvier, avait été annoncé à la malade comme un jour de délivrance, mit fin à cet état misérable, et, comme la première fois, ce fut encore à 11 heures du matin, après que la voix eut annoncé à plusieurs reprises son départ, qu'on entendit sortir de la bouche de la malade ces mots : « Va-t'en, esprit immonde, retire-toi de cette enfant; ton règne est fini maintenant! » La jeune fille revint à elle, et depuis lors elle n'a pas eu de rechute (Kerner, *Geschichten Besessener*. Stuttgard, 1834) [1].

Je ferai remarquer, au sujet de ces deux dernières observations, les analogies qui existent entre la nature des hallucinations, la forme spéciale du délire, qui ont été observées chez ces deux malades, et les caractères particuliers des accès délirants qui ont accompagné la plupart des anciennes épidémies convulsives. Dans les cas dont il s'agit ici, la véritable nature des troubles cérébraux ne saurait être mise en doute.

Si l'on se rappelle que l'attaque d'épilepsie véritable est parfois suivie d'une phase délirante accompagnée d'hallucinations et qui parfois peut se prolonger assez longtemps, on trouvera, entre ces accès d'épilepsie avec délire et quelques variétés de l'attaque de délire hystérique dont nous venons de parler, une analogie frappante qui pourra faire craindre

1. W. Griesinger, *loc. cit.*, p. 287.

l'erreur. La distinction sera le plus souvent possible d'après les caractères mêmes des troubles cérébraux qui dans l'épilepsie ont, en général, un caractère beaucoup plus concentré, violent, et dangereux par la prédominance des idées fixes avec impulsion au mal. Mais la confusion deviendra impossible, si l'on veut mettre en œuvre les différents procédés (interversions de courants continus, compression ovarienne, excitation de zones hyperesthésiques) dont l'influence sur les attaques hystériques a été déjà indiquée, et qui le plus souvent enrayent aussi bien le délire que les mouvements convulsifs.

B. — ATTAQUES DE DÉLIRE N'AYANT AVEC LES ATTAQUES CONVULSIVES AUCUN RAPPORT IMMÉDIAT

L'attaque de délire n'est pas nécessairement accompagnée de phénomènes convulsifs. Elle peut se montrer isolément chez une malade qui présente d'autre part des attaques convulsives, ou qui en a présenté à une époque plus ou moins reculée, ou même qui n'en a jamais eu. Nos malades, chez qui l'hystérie présente à un si haut degré la forme convulsive, nous ont fourni peu d'occasions d'observer les attaques délirantes complètement dégagées de toute convulsion. Cependant nous avons vu, pendant les derniers mois de 1878, Bar... présenter assez souvent des accès d'agitation maniaque, exigeant l'emploi de la camisole. Attachée sur son lit, elle se démenait comme une véritable furie, poussant des cris, interpellant effrontément tous ceux qui s'approchaient d'elle et leur tenant des propos d'une crudité révoltante et qui contrastaient étrangement avec ses manières et les habitudes réservées dont elle ne se départait jamais dans l'intervalle de ses attaques. Ces accès délirants revenaient isolés et complètement distincts des accès convulsifs, dont ils différaient encore par l'inefficacité des différents procédés qui d'ordinaire enrayaient les convulsions. La compression ovarienne ne pouvait être maintenue. L'excitation des zones hystérogènes du dos et des aisselles demeurait sans effet. Il était impossible de fixer un instant l'attention de la malade, et toutes les pratiques hypnotiques, qui d'ordinaire agissaient si rapidement, restaient, au milieu de cette excitation générale, sans résultats et échouaient complètement.

La jeune Marie B... dont l'observation se trouve consignée plus loin (obs. CXXVII) présentait, en outre des attaques convulsives, des accès de délire qui ont de grandes analogies avec ce que nous avons observé chez notre malade B... Le délire s'accompagnait d'un fureur extrême. Elle

frappait tout le monde, s'arrachait les cheveux, tenait les discours les plus incohérents. Il était nécessaire pour la maintenir de lui mettre la camisole de force. Si le Dr Espanet qui l'observa parvint quelquefois à enrayer ce délire en provoquant le sommeil hypnotique, il arriva d'autres fois que la malade, pendant ces accès délirants, se montra absolument rebelle à toute tentative de ce genre.

Les rapports plus ou moins éloignés qu'offrent les accès délirants avec l'attaque couvulsive et les autres symptômes de l'hystèrie, sont susceptibles de grandes variétés. Je choisirai à titre d'exemple trois observations parmi celles que rapporte le Dr Moreau (de Tours.) Dans la première observation on verra se produire alternativement et les désordres cérébraux et les phénomènes convulsifs.

Dans la seconde, c'est cinq ans après les attaques de convulsions que survient un accès d'un délire manifestement hystérique et qui dure trois jours.

Enfin, dans la dernière observation, les accès de délire se montrent tout d'un coup à la suite d'une frayeur, chez une jeune fille de dix-huit ans, jusque-là bien portante, mais qui, dans ses premières années, avait présenté quelques signes d'hystérie. En outre des antécédents hystériques, la nature des causes occasionnelles, les caractères du délire, la guérison subite et instantanée, les récidives fréquentes, ne laissent aucun doute sur la nature éminemment hystérique des accès délirants de cette maladie.

Obs. XIX. — *Les troubles nerveux hystériques et le délire constituent des accès distincts qui se montrent alternativement.*

Hortense M..., vingt et un ans. Enfant assisté. Est employée depuis quatre ans à la Salpêtrière comme fille de service. Elle a été sujette à des attaques d'hystérie, qui paraissent avoir coïncidé avec la première menstruation, à l'âge de dix-sept ans. Elle n'en a pas eu depuis plus de deux ans.

Cette fille jouit d'un embonpoint marqué ; elle est comme bouffie, le visage est congestionné, haut en couleur. La menstruation chez elle est régulière, mais douloureuse et peu abondante.

Le 26 février 1865, pendant le carnaval, M..., étant dans ses règles, et craignant de ne pouvoir assister au bal du mardi gras, mit ses pieds dans un seau d'eau froide. Les menstrues furent supprimées immédiatement. Le jour même, dans la soirée, étouffements, palpitations, gêne dans la gorge, saignement du nez, douleur fixe dans le côté abdominal gauche, signes d'inflammation localisée, s'étendant rapidement dans tout l'abdomen et faisant craindre une péritonite, pouls à 102-106.

Un traitement, dont les émissions sanguines, les bains prolongés, les frictions d'onguent gris firent la base, fit disparaître tous ces accidents au bout de vingt-sept à trente jours. Il n'en restait plus trace, lorsque la jeune malade

fut prise de délire : loquacité, vives inquiétudes paraissant occasionnées par des hallucinations vagues de la vue et de l'ouïe. Abandonnée à elle-même, M... ne paraissait avoir aucune conscience de son état; cependant, si on l'interrogeait en y mettant beaucoup d'insistance, on en obtenait toujours des réponses justes, mais empreintes d'une profonde mélancolie.

Deux jours après, cet état mental se dissipa brusquement, faisant place à des accidents névrosiques analogues à ceux que la malade avait ressentis autrefois, mais beaucoup moins prononcés, à des oppressions, des serrements de gorge, un agacement général, etc. Vingt-quatre ou trente heures après : disparition presque instantanée de ces accidents et retour du délire, cette fois avec excitation maniaque, cris, pleurs, rires alternatifs...

La malade resta dans le même état, alternativement atteinte de délire et de troubles nerveux, jusqu'au 22 avril, époque où les règles réapparurent sous l'influence de douches pubiennes.

Depuis ce moment, la santé s'est maintenue aussi satisfaisante que possible[1].

Observation XX. — *Attaque de délire hystérique, survenant cinq ans après les crises convulsives.*

T..., quarante-deux ans. Entrée le 23 mars 1867. Piqueuse de bottines.

Père mort subitement à l'âge de quatre-vingt-deux ans. La mère est morte « de la poitrine »; elle avait été sujette à des « attaques de nerfs. ».

Pas de maladies graves pendant la jeunesse. Réglée à douze ans, sans accidents. Mariée à vingt-quatre ans, a eu deux enfants qui jouissent de la meilleure santé.

Il y a cinq ans, elle est abandonnée par son mari, et, peu de temps après, elle est prise « d'attaques de nerfs » qu'elle attribue au chagrin de se voir seule avec ses deux enfants. Ces attaques, au dire des personnes qui la connaissent, ne se sont pas renouvelées plus de trois ou quatre fois. Elles présentent toutes les mêmes caractères : cris, agitation; la malade se roule par terre, portant la main à sa gorge, se plaignant qu'on l'étrangle; au moment où l'accès va finir, elle *paraît* privée de tout sentiment, fait quelques grimaces et puis revient à elle; quelques minutes après, il n'y paraît plus.

Un mois environ avant son admission à la Salpêtrière, F. G... est prise de *terreurs subites*, très pénibles, mais passagères. Si on lui demande la cause de ces terreurs, elle dit qu'elle ne la connaît pas, qu'elle n'y comprend rien; mais, depuis quelques jours, elle manifeste la crainte d'être assassinée. Elle croit avoir entendu un coup de pistolet tiré dessous son lit; elle entre dans une violente colère, crie au secours, se voit entourée d'ennemis, lutte contre quiconque veut l'approcher, veut se précipiter par la fenêtre, se fait une blessure assez grave au poignet en brisant un carreau de vitre, perd beaucoup de sang... On s'empare d'elle et on la conduit à l'hospice.

Trois jours après, le 26, les règles coulent avec abondance. Le matin, à la visite, nous trouvons la malade immobile sur son lit, les yeux fixes, le regard

1. J. Moreau (de Tours), *loc. cit.*, p. 25.

atone, sans raideur dans les extrémités, sans fièvre. Cet état d'où, quoi qu'on fasse, il est impossible de la tirer, se dissipe de lui-même dans la soirée. Elle dit avoir rêvé d'une foule de choses, mais impossible de préciser ses idées; elle demande à manger, et à partir de ce moment elle entre en convalescence.

Part guérie le 14 avril 1867 [1].

OBSERVATION XXI. — *Accès de délire maniaque de nature hystérique, survenant chez une jeune fille de dix-huit ans ayant présenté dans ses premières années quelques autres signes d'hystérie.*

S... (Christine), trente ans. Entrée le 24 août 1865.

Père mort à soixante-deux ans, atteint d'une hémiplégie du côté gauche.

Mère, quatre sœurs et deux frères bien portants. Dans ses premières années, S... « se trouvait souvent mal ; couchée sur un lit ou même par terre, elle s'agitait violemment, serrait les dents, regardait les gens fixement, mais n'avait pas, à proprement parler, de convulsions. »

A l'âge de dix-huit ans, elle est devenue folle de la frayeur que lui causa un incendie, et après avoir éprouvé des accidents nerveux semblables à ceux dont nous venons de parler. Ce premier accès dura deux mois environ. Un second survint deux ans après, sans cause appréciable et dans les mêmes conditions que le premier ; puis un troisième à la suite d'une discussion avec sa tante ; la durée de ces deux accès fut à peu près la même que celle du premier.

Ces jours passés, S... se trouvant dans un wagon de chemin de fer, seule avec deux hommes, prétend avoir été l'objet de coupables tentatives. C'est à la terreur qu'elle en éprouva qu'on attribue le nouvel accès pour lequel elle a été amenée à la Salpêtrière.

Excitation maniaque franche, parfois assez vive, éclatant brusquement à la suite d'un état de mélancolie consciente ou demi-consciente, sans idées de suicide.

Douches vertébrales, bromure de potassium, vin de quinquina.

Guérison presque instantanée. Partie le 4 novembre 1865 [2].

A côté des cas d'hystérie dans lesquels on voit le désordre psychique alterner avec les troubles somatiques, les remplacer et peu à peu s'y substituer, il existe une forme spéciale d'hystérie non convulsive, consistant en troubles intellectuels d'une nature déterminée et constituant en quelque sorte une véritable hystérie morale qu'il n'est pas sans intérêt de savoir reconnaître. Les tribunaux ont souvent à statuer sur des actes commis par des sujets dont la grande névrose, parfois méconnue, diminue singulièrement le degré de responsabilité. On lira à ce sujet un cha-

1. J. Moreau (de Tours), *loc. cit.*, p. 48.
2. J. Moreau (de Tours), *loc. cit.*, p. 32.

pitre remarquable du livre du Dr Legrand du Saulle et intitulé « Clinique médico-légale de l'hystérie[1] ».

Nous ne saurions, sans sortir des limites de notre sujet, nous étendre longuement sur les troubles psychiques que présentent les hystériques en dehors de leurs attaques et qui rentrent parmi les symptômes permanents de la grande hystérie. Le Dr H. Huchard, dans un récent ouvrage[2], en a fait un tableau pris sur le vif.

Il nous suffira de faire remarquer que les accès délirants dont il est question ici reproduisent tous les caractères de l'état mental des hystériques en les exagérant.

Il importe donc de bien connaître les caractères particuliers des désordres cérébraux qui méritent le nom de *délire hystérique*. Nous en avons déjà longuement parlé au sujet des symptômes de la période prodromique et plus particulièrement de la quatrième période de la grande attaque. Mais afin de préciser davantage et pour servir de résumé et de conclusion à ce que nous avons déjà dit, j'exposerai ici succinctement les caractères spéciaux du *délire* qui relève directement de la grande hystérie.

Conscience du délire. — Ce caractère a été signalé par M. Moreau de Tours, qui y a insisté avec raison. « Le naufrage des facultés, dit cet auteur, n'est complet que dans des cas exceptionnels et essentiellement transitoires. Que l'on interroge les malades au plus fort de leurs divagations, alors même qu'elles s'abandonnent à toutes sortes d'excentricités, d'extravagances, que toutes leurs paroles trahissent le désordre de leur esprit, qu'elles paraissent subjuguées par des convictions délirantes, des hallucinations de toute nature... La première question qu'on leur adresse semble les remettre instantanément dans leur bon sens, les rendre à elles-mêmes. Elles conviennent qu'elles ne savent ce qu'elles disent, qu'il n'y a rien de réel dans leurs visions, etc. ; ce qui ne les empêche pas, une fois que vous cessez de leur parler, de tenir en arrêt leur imagination vagabonde, de retomber aussitôt dans l'état d'où vous les avez tirées. » J'ai signalé avec insistance l'état de demi-connaissance qui accompagne le plus souvent le délire de la quatrième période. Les accès délirants de la période prodromique offrent habituellement ce même caractère. La malade n'est point complètement absorbée par l'objet de son délire. Tantôt elle reconnaît parfaitement celui qui lui parle, tantôt elle est le jouet d'illusions et commet des erreurs de personnes. En tous cas, toute remontrance est inutile, elle n'écoutera

1. *Les hystériques*, par le Dr Legrand du Saulle, 1883.
2. *Traité des névroses*, par Axenfeld et Huchard, 1883.

jamais la voix de la raison et aucun raisonnement n'est susceptible d'arrêter ses divagations.

Analogie avec les délires toxiques. — Je me réserve d'étudier plus loin dans un chapitre spécial les analogies remarquables qui existent entre le délire hystérique et les délires variés provoqués par l'absorption de l'alcool, de l'absinthe, de l'opium, du haschisch, etc... Je ne m'y arrêterai pas ici, et me contente pour l'instant de les signaler.

Analogie avec le somnambulisme. — Les liens qui réunissent parfois l'hystérie au somnambulisme sont si étroits, que l'on voit les accès de délire hystérique revêtir quelques traits de l'état somnambulique, comme l'insensibilité à tous les agents extérieurs et la perte du souvenir au réveil.

Nous étudierons plus loin cette si intéressante question des rapports qui existent entre l'hystérie et le somnambulisme naturel ou provoqué.

Influence des émotions passées et des préoccupations du moment sur la nature des conceptions délirantes. — Nous avons pris soin de faire ressortir ce caractère important du délire hystérique. On y trouve la raison de la physionomie spéciale que prirent les accès délirants des grandes épidémies convulsives.

Exaltation de l'intelligence. — Ce fait qui a été signalé par tous les auteurs, se rapproche de ce qui se passe dans l'état de somnambulisme pendant lequel la malade accomplit des actes avec une adresse qu'elle ne saurait retrouver à l'état de veille. « Quelquefois, dit Briquet, la vitalité de l'encéphale est tellement exaltée, que les facultés intellectuelles et les facultés sensoriales prennent une activité surprenante. Ainsi, dans quelques cas, les malades se servent d'un langage plus distingué que celui dont elles usent d'habitude; on en a vu qui faisaient des vers. »

Mobilité des idées. — La facilité avec laquelle les hystériques dans leurs accès délirants passent d'un sujet à l'autre, du gai au triste, du plaisant au sévère, du comique au pathétique... est vraiment surprenante. Les sentiments les plus élevés, les pensées les plus pures, exprimées dans le langage le plus choisi, font place, tout d'un coup et sans transition, aux instincts les plus bas, aux penchants les plus révoltants, exprimés dans le langage le moins recherché.

Perversion des idées et des sentiments. — Ceci est fort remarquable que les hystériques dans leurs accès soient prises souvent de revirements soudains, qui font qu'elles n'ont pas assez d'injures pour ce qu'elles adoraient il n'y a qu'un instant. L'amour devient de la haine, et la chas-

teté se transforme en lubricité. Nous avons cité ce fait intéressant d'une jeune fille du meilleur monde et fort bien élevée, qui, pendant son délire, se mettait à son balcon et adressait aux passants, et particulièrement aux jeunes gens, les gestes et les discours les plus inconvenants (obs. CIX). Tous les auteurs en ont rapporté d'analogues.

Idées fixes. — Au milieu de la mobilité extrême qui caractérise les troubles psychiques de l'hystérie, l'idée fixe paraît un contre-sens. Pour être d'une rareté relative, rien n'est plus vrai cependant. Je comparerai ce phénomène d'apparence contradictoire à ce qui se passe du côté de la mobilité. Ne voit-on pas au milieu du désordre et de la variété infinie des convulsions, un membre immobilisé tout d'un coup par ce fait encore inexpliqué de la contracture permanente, et cela pendant un quart d'heure, une heure, des jours entiers et même de longues années? L'idée fixe a sa source le plus souvent dans la croyance à la réalité d'une hallucination. Nous en avons rapporté un cas chez Witt..., et Gen... nous offre le plus bel exemple que l'on en puisse trouver. Les sorcières d'autrefois puisaient à cette même source la conviction inébranlable de leur commerce avec Satan.

Automatisme. Absence de spontanéité. — Ce caractère procède d'un désordre spécial de l'intelligence, qui consiste en une abolition complète de la volonté, et que nous étudierons plus loin dans son plus haut degré de développement, parmi les phénomènes psychiques de l'hypnotisme. On conçoit tout l'intérêt qui existe pour le médecin légiste de connaître cet ordre de faits, puisque l'état cérébral spécial où se trouve l'hystérique l'abandonne parfois sans défense aux volontés et aux caprices d'autrui, et que sa responsabilité morale en est d'autant diminuée.

Impulsions irrésistibles. Simulations. — L'hystérique qui parfois ne peut résister aux suggestions étrangères, n'est pas plus maîtresse des impulsions qui germent dans son propre esprit. Ces impulsions, comme le fait remarquer Marcé, n'ont pas le caractère violent et dangereux des impulsions des épileptiques; elles consistent plutôt en une tendance anxieuse et instinctive à commettre des actes extravagants. L'impulsion des épileptiques est essentiellement fatale; l'acte purement automatique ne peut être discuté, il échappe complètement au contrôle de la conscience toujours absente, il ne laisse aucune trace dans le souvenir. Nous savons au contraire, qu'un des caractères du délire hystérique est la persistance au moins à un certain degré de l'état conscient. L'hystérique conserve le souvenir de ses actes délirants.

Je pourrais rappeler ici les scènes d'extravagance qui se passent parfois dans le service des hystéro-épileptiques de la Salpêtrière: les projets d'évasion préparés longtemps d'avance et dont on fait grand bruit; les

escapades dans les cours voisines dans le simple but d'enfreindre le règlement, les cachettes dans les endroits les plus inattendus pour se faire chercher; les fuites, la nuit, dans le plus simple des costumes, avec escalades sur les arbres et sur les toits; les tentatives de suicide avec les faveurs roses d'une boîte à bonbons; les complots pour faire des niches aux camarades, aux surveillantes ou aux médecins, etc., etc. Toute cette série d'actes déraisonnables, dont on trouve le germe dans le fond même du caractère des hystériques, revient comme par accès et de préférence dans les jours qui précèdent ou suivent les grandes attaques.

Tous les auteurs se sont plu à insister, comme il convient, sur la tendance incroyable qu'ont les hystériques à simuler. « Un trait commun les (filles hystériques) caractérise, dit Tardieu, c'est la simulation instinctive, le besoin invétéré et incessant de mentir sans intérêt, sans objet, uniquement pour mentir, et cela non seulement en paroles, mais encore en actions, par une sorte de mise en scène où l'imagination joue le principal rôle, enfante les péripéties les plus inconcevables et se porte, parfois, aux extrémités les plus funestes. »

« Le talent de ces malades, dit Niemeyer, pour inventer des états par lesquels elles se promettent de faire sensation, ou d'exciter la pitié, touche à l'incroyable ». Enfin, l'amour de la notoriété, du merveilleux, du surnaturel est porté chez les hystériques à un degré qui reste au-dessus de tout ce qu'on peut imaginer et devient l'unique mobile d'actions étranges dont les motifs ne peuvent être saisis, et qui demeurent des énigmes pour qui ne connaît pas la névrose dont il s'agit.

L'impulsion au suicide se retrouve dans quelques accès de délire hystérique. Elle est rarement suivie d'effet; les tentatives au contraire sont fréquentes, mais elles échouent ordinairement. On pourrait voir là sous une autre forme l'amour de la notoriété dont nous parlions tout à l'heure.

Agitation. — Les accès délirants revêtent parfois la forme de l'agitation maniaque. L'excitation cérébrale est portée au plus haut degré, et atteint toutes les facultés à la fois. Nous en avons rapporté des exemples dans lesquels il avait été nécessaire de recourir à la camisole de force.

Stupeur. Mutisme. — La stupeur est plus rare que l'agitation. A l'excitation cérébrale succède parfois une dépression plus ou moins profonde. Au verbiage incessant succède un mutisme que rien ne peut rompre, si ce n'est toutefois la compression ovarienne.

Illusions. Hallucinations. — Les troubles sensoriaux sont des plus accusés chez les hystériques et peuvent affecter tous les sens. Nous en

avons déjà assez longuement parlé. Je ne ferai que rappeler ici la prédominance des *visions d'animaux* qui sont un des caractères les plus saillants du délire hystérique, le rôle important que joue *la couleur rouge dans les hallucinations.* Je rapprocherai de ce fait l'amour ou la répulsion instinctifs que montrent parfois les hystériques pour certaines couleurs.

Érotisme. — Les idées érotiques ont souvent une place importante dans le délire hystérique. Mais elles sont loin d'y jouer le rôle exclusif que les théories anciennes tendaient à leur attribuer. Elles peuvent même faire complètement défaut.

Incohérence des idées. — Au milieu de la violence que présente parfois le délire hystérique, on observe de l'incohérence dans les idées. Mais ce trouble psychique ne correspond point à une diminution des fonctions cérébrales, mais plutôt à une suractivité et à un désordre momentané. Nous aurons soin de faire ressortir, au chapitre du diagnostic, ce point capital dans l'histoire de l'hystérie, que cette névrose, dont les dehors sont si effrayants et qui paraît jeter dans les fonctions cérébrales un trouble si profond, ne conduit jamais à la démence, tandis que c'est là le terme presque obligé de l'altération de l'intelligence qui accompagne l'épilepsie et principalement de cette forme silencieuse caractérisée par les vertiges.

Tels sont les principaux éléments qui, en se combinant diversement, peuvent constituer les accès de délire hystérique. Tous n'ont pas une égale valeur au point de vue du diagnostic. Les uns ne se rencontrent que rarement, tandis que les autres sont, en quelque sorte, pathognomoniques. Et c'est autant sur le mode d'association de ces symptômes variés, sur les circonstances de leur apparition ou de leur disparition que sur leur nature spéciale, qu'un médecin éclairé fondera son appréciation et cherchera à établir les bases d'un bon diagnostic.

§ 2. — ATTAQUES DE CONTRACTURE

La fréquence des contractures générales ou partielles qui succèdent à la grande attaque hystérique et en marquent la quatrième période, légitime la place que nous faisons ici à la variété qui mérite le nom d'attaque de contracture.

Si la tétanisation du muscle en effet se rencontre également parmi les symptômes de la première et de la deuxième période, c'est à la

période terminale que la contracture apparaît à un état d'isolement plus complet et plus dégagé des autres phénomènes dont l'ensemble caractérise les diverses étapes de la grande attaque hystérique.

Il n'est pas question ici de la contracture partielle ou plus ou moins généralisée qui survient chez les hystériques soit en dehors des attaques convulsives, soit à leur suite, et que l'on décrit habituellement sous le nom de *contracture permanente*. Ces faits doivent rentrer parmi les symptômes permanents de l'hystérie et nous nous en occuperons plus loin.

Mais il arrive parfois que la généralisation plus ou moins grande de la contracture, son invasion brusque, sa disparition subite, sa durée relativement courte, enfin la coexistence de phénomènes variés, constituent des accidents d'une physionomie bien spéciale et que la forme paroxystique qu'ils revêtent éloigne des symptômes dits permanents pour les rapprocher des accidents que l'on désigne sous le nom d'attaques.

En résumé, il existe, à notre avis, en dehors des faits décrits sous le nom de contracture permanente, des cas dans lesquels la contracture apparaît sous forme de crises, qu'elle demeure isolée ou bien qu'elle s'associe, tout en conservant un rôle prédominant, à quelques-uns des autres phénomènes qui appartiennent aux diverses périodes de la grande attaque.

A. Dans les cas les plus simples, le phénomène musculaire constitue à lui seul toute l'attaque de contracture. Tout d'un coup, ou après quelques-uns des phénomènes de l'aura hystérique, la malade sent ses membres se raidir soit simultanément, soit successivement; dans l'observation XXII, la contracture commençait toujours par le bras gauche, puis envahissait l'autre bras et ensuite les deux jambes.

La malade se trouve ainsi immobilisée dans une *attitude* qui peut varier, mais qui, le plus souvent, est caractérisée par la prédominance de l'extension. Le corps repose dans le décubitus dorsal, les deux membres supérieurs collés au tronc, les doigts fléchis, et les deux membres inférieurs étendus rapprochés l'un contre l'autre, le pied en équin direct, les orteils fléchis. La tête droite et renversée en arrière s'enfonce dans les oreillers.

Cette attitude d'extension peut se modifier de diverses façons. Ainsi parfois les bras étendus se placent perpendiculairement au corps, lui donnant alors l'attitude du *crucifiement*. D'autres fois les bras demeurent élevés, les deux membres inférieurs s'écartent et les quatre membres figurent ainsi un X. Ou bien l'extension du tronc s'exagère et se place en

opisthotonos; l'arc de cercle ainsi formé peut être plus ou moins accusé. Enfin la flexion de certaines parties vient ajouter à la variété des attitudes; dans l'observation d'Hamilton (obs. CXLIX) les bras seuls étaient fléchis. Je n'insisterai pas davantage sur ces modifications de l'attitude imprimée aux membres par la contracture et qui peut varier à l'infini.

Le *degré* de la contracture peut arriver au point qu'il est complètement impossible de faire exécuter aux membres le plus petit mouvement. D'autres fois les mouvements communiqués sont possibles dans une certaine mesure; mais le membre déplacé reprend sa position première aussitôt qu'il est abandonné. Dans les cas où les divers segments des membres ne sont pas immobilisés d'une façon complète, on constate une exagération très marquée des réflexes tendineux.

Dans le plus grand nombre des cas, la contracture ne persiste pas au même degré d'intensité tout le temps que dure l'attaque. Il s'opère comme des rémissions et des exacerbations spontanées. Les manœuvres qui ont pour but de chercher à déplacer les membres contracturés ont presque toujours pour effet de provoquer aussitôt une exagération passagère de la contracture.

L'attaque de contracture est susceptible de quelques variations suivant le nombre des muscles qui sont atteints. Parfois la contracture se localise à un côté du corps, comme dans l'observation XXII et elle affecte alors la forme hémiplégique. Nous avons souvent vu chez Gen... la contracture envahir à la fois le membre supérieur gauche et le membre inférieur droit; forme hémiplégique croisée. Enfin on peut observer la forme paraplégique.

En outre des muscles des membres et du tronc, la contracture peut envahir les muscles du cou et quelques muscles de la face. Il peut exister du trismus, et le mutisme peut être absolu. Les globes oculaires, dans tout ce corps réduit à l'immobilité, sont les seules parties mobiles et les seuls agents de communication avec l'extérieur que conserve l'intelligence intacte. Quelquefois cette dernière ressource est enlevée au patient, les globes oculaires sont convulsés en haut, les paupières convulsivement closes, et l'intelligence n'en persiste pas moins, ainsi que le malade peut en rendre compte une fois l'attaque terminée. Nous devons cependant ajouter que, lorsque la contracture en arrive à ce degré de généralisation, la conscience est souvent abolie, et il existe soit un état de torpeur intellectuelle, soit du délire et des hallucinations.

L'état de la *sensibilité* des membres contracturés est variable. Elle demeure ce qu'elle était en dehors des attaques ou s'exagère dans le même sens. Si l'anesthésie existait auparavant, elle se généralise ou

devient plus profonde. Si, au contraire, il y avait de l'hyperesthésie cutanée, cette hyperesthésie augmente. Ces derniers cas sont les plus rares fort heureusement, car l'hyperesthésie est telle parfois que les souffrances pendant l'accès sont épouvantables et, dans ces circonstances, la contracture échappe aux moyens d'action qui, d'ordinaire, en amènent la résolution lorsqu'elle s'accompagne d'anesthésie.

Pour ce qui est des *sensations musculaires*, elles se bornent le plus souvent à un sentiment de roideur et de tension qui est gênant plutôt que douloureux. Cependant il existait un peu de douleur dans l'observation XXII. Nous avons vu les contractures généralisées de la quatrième période revêtir le caractère de crampes extrêmement douloureuses. Dans une observation rapportée par Briquet, sous la dénomination de contracture aiguë, la contracture affectant la forme hémiplégique gauche revenait par accès coïncidant avec l'apparition des menstrues, et s'accompagnait d'une douleur très vive des muscles contracturés. La peau au contraire devenait le siège d'une anesthésie d'autant plus prononcée, que les troubles musculaires étaient plus marqués. Il se produisait spontanément des exacerbations de la contracture extrêmement douloureuses. L'application de ventouses scarifiées sur les parties contracturées amenait infailliblement la résolution de la contracture et la disparition de l'anesthésie cutanée. Dans l'intervalle des crises, la malade conservait toujours un peu de roideur dans les muscles du côté gauche du corps[1].

Enfin un des caractères les plus remarquables de ces sortes d'attaques de contracture est la *conservation complète de l'intelligence*, qui permet à la malade de rendre parfaitement compte de toutes ses impressions pendant tout le temps que dure l'attaque.

Je dois à l'obligeance de mon excellent ami le Dr Ballet de pouvoir rapporter ici un exemple dans lequel ces attaques de contracture avec conservation de l'intelligence apparaissent dans toute leur simplicité.

OBSERVATION XXII. — *Grande hystérie. — Attaque de contracture (résumé).*

Rosalie F.., vingt-sept ans, entre à l'hôpital Lariboisière, service de M. Proust, en janvier 1879.

Cette malade est hystérique depuis longtemps. Elle présente actuellement : 1° une double ovarie, plus prononcée à gauche ; 2° une anesthésie généralisée, mais qui n'est pas absolue.

Depuis un mois que la malade est dans le service, elle n'a présenté que

1. Briquet, *loc. cit.*, obs. 47e, page 347.

trois attaques de grande hystérie, mais elle a fréquemment, presque tous les jours, une ou plusieurs attaques de contracture.

Voici en quoi consistent ces attaques.

La malade sent tout à coup ses membres se raidir; le membre supérieur gauche se contracte d'habitude un peu avant les autres, bientôt les deux bras et les deux membres pelviens se prennent. Les quatre membres sont immobilisés dans l'extension; toutefois, aux membres supérieurs, les doigts sont fléchis dans la paume de la main. La contracture est douloureuse, tout au moins très pénible. Elle est très accusée et on ne peut communiquer aux membres immobilisés des mouvements passifs de quelque étendue.

La contracture ne se généralise pas aux quatre membres dans toutes les crises, elle se limite quelquefois au membre supérieur gauche, ou bien affecte la forme hémiplégique et alors elle intéresse les deux membres gauches, ceux de droite restant indemnes.

Localisée ou généralisée la crise a une durée variable, de quelques minutes à plusieurs heures. Toutefois lorsque la durée est de plusieurs heures, il semble qu'on ait affaire à une série de crises successives, car on observe des alternatives de relâchement et de rigidité absolue.

Durant toute la crise, l'intelligence reste parfaitement intacte, et la malade rend compte avec une parfaite netteté des sensations qu'elle éprouve.

En dehors des attaques convulsives qui avaient existé auparavant, la malade qui précède n'avait point d'autre sorte d'attaques de contracture. Chez elle la contracture plus ou moins généralisée s'accompagnait toujours de la conservation entière de l'intelligence. Il n'en est pas toujours ainsi, et l'observation suivante nous montrera chez la même malade des attaques de contracture s'accompagnant soit de la conservation de l'intelligence, soit de son obnubilation, soit de sa disparition complète. Il existait en outre des attaques de véritable sommeil.

OBSERVATION XXIII. — *Attaques de contracture tantôt avec conservation de l'intelligence, tantôt avec obnubilation intellectuelle. — Attaques de sommeil*[1].

Joséphine Frem..., âgée de seize ans, entre à la Salpêtrière, service de M. Charcot, le 20 avril 1880.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires.

Jusqu'à l'âge de onze ans, a été bien portante. A cet âge, à la suite d'une frayeur (vue d'un homme ivre), elle fut prise d'un tremblement général, puis le caractère se modifia, et six semaines plus tard environ apparurent des *mouvements choréiques* dans le membre supérieur gauche. C'est alors qu'elle fut admise à l'hôpital Sainte-Eugénie, où la chorée se serait généralisée: après quatre mois et demi de traitement, elle revenait chez ses parents non guérie.

A l'âge de quatorze ans, apparition des règles. La santé se rétablit, et la

1. G. Ballet, *Contribution à l'étude du sommeil pathologique*, in *Revue mensuelle*, 1882.

malade était bien portante, au moins en apparence, lorsqu'il y a sept semaines se sont montrés les nouveaux symptômes, pour lesquels on la conduit à l'hospice. A la suite d'une discussion un peu vive avec sa mère, elle se mit à pleurer, puis subitement fut prise de *contracture généralisée*, acompagnée de *perte de la parole.* Ces accidents persistèrent plus ou moins atténués durant trois semaines. Puis il y eut une semaine où la malade fut bien. Enfin, il y a trois semaines, à la suite d'un coup de tonnerre violent, réapparition des contractures et du mutisme.

Ajoutons que, d'après les renseignements fournis par la mère, Joséphine F... n'aurait jamais eu de grandes attaques, ni de délire hallucinatoire.

État actuel, le 23 avril 1880. — La malade est étendue sur son lit immobile.

a. *Intelligence.* — Joséphine F... a sa connaissance. Les yeux sont ouverts; toutefois de temps en temps ils se ferment à demi. Ils sont limpides, et leur expression dénote que la malade se rend compte, dans une certaine mesure, de ce qui se passe autour d'elle. — Quand nous approchons de son lit, Joséphine F... sourit un peu. Si elle veut boire, aller à la garde-robe, elle fait signe avec la main, ce qui dénote que son intelligence est parfaitement lucide; elle est dans la situation d'une malade qui, tout en ayant conservé l'intellect, serait privée du langage. Depuis deux jours, la malade est dans le service, et on ne l'a pas encore surprise dans le sommeil.

b. *Parole.* — Le mutisme est absolu. La malade ne profère aucune parole, ne fait entendre aucun son. C'est à peine si, lorsqu'on la tourmente, on provoque une plainte légère. — Ce mutisme, nous dit-on, persisterait au même degré depuis trois semaines.

c. *Motilité.* — Il existe une contracture généralisée aux quatre membres. Les membres supérieurs sont dans l'extension; toutefois, les doigts sont fléchis dans la paume de la main, le pouce étant recouvert par les quatre autres doigts. Les membres inférieurs sont aussi en extension, les orteils étant légèrement fléchis vers la plante des pieds.

Le degré de la contracture est très variable : à certains moments, elle disparaît complètement; à d'autres, elle s'exagère sous l'influence des mouvements provoqués et des diverses excitations.

Lorsqu'on cherche à ouvrir les mâchoires, on détermine une violente contracture des masséters.

Les réflexes tendineux sont très exagérés.

d. *Sensibilité.* — Il y a une double ovarie, mais plus marquée à gauche. Points douloureux au niveau des seins et du dos; le contact de ces points détermine une exagération de la contracture.

La sensibilité est obtuse dans toute l'étendue du corps. Il faut pincer très fortement la malade pour qu'elle accuse une sensation.

La sensibilité spéciale paraît être aussi très obtuse, bien que l'exploration méthodique en soit difficile, étant donné l'état de mutisme de la malade.

L'état que nous venons de décrire persiste sans modification notable durant trois jours.

Le 26 avril, tout disparaît; la malade se lève et se promène, mais elle reste muette.

Le 27 et le 28 avril, la contracture se reproduit. Les sterno-cléido-mastoïdiens sont tendus et durs. Il existe un certain degré d'obtusion intellectuelle.

Nous constatons pour la première fois une accélération très manifeste de la respiration (76 respirations par minute) et du pouls (144 pulsations).

Mais tandis que nous observons la malade, le nombre des respirations diminue tout à coup et tombe à 26.

Puis nouvelle accélération du rythme. Il s'agit là d'une sorte d'*attaque larvée*, et la compression de l'ovaire ramène aisément la respiration au chiffre physiologique.

3 mai. — Les contractures disparaissent dans la matinée, la malade se lève et se promène toute la journée. Le mutisme persiste. On provoque aisément le sommeil hypnotique.

4 mai. — Joséphine F... se lève et va bien.

5 mai. — La malade s'est levée ce matin à huit heures. Elle se promène; mais elle est toujours dans l'impossibilité de parler; lorsqu'on lui dit de tirer la langue, il lui est impossible d'amener l'organe au delà du bord libre des lèvres.

Nous faisons mettre la malade au lit pour explorer la sensibilité, et tout à coup nous la voyons *s'endormir profondément*. Les membres sont dans le relâchement complet, les paupières closes et animées de petites contractions jointes à un léger tremblottement; la paupière supérieure s'abaisse d'une façon intermittente (elle ne s'abaisse pas jusqu'à occlusion complète des yeux); en même temps, elle est animée de très petits mouvements, sorte de tremblement rythmique.

Le rythme respiratoire est le même que celui qui préside au battement des paupières; la respiration par moment s'accélère, et au même instant se produisent les grands mouvements de l'orbiculaire; puis la respiration se ralentit considérablement, et alors cessent les grands mouvements des paupières pour faire place aux petites oscillations.

De temps en temps, la malade exécute quelques petits mouvements de déglutition.

Pendant les quelques jours que la malade reste dans le service, nous voyons se produire fréquemment ces accès de sommeil spontané alternant avec les accès de contracture. Il suffit pour déterminer le sommeil de la moindre petite émotion, un appel inattendu, un mouvement brusque provoqué, le simple fait de s'asseoir ou de s'étendre sur le lit, etc.

En résumé, il s'agit, dans ce cas, d'hystérie se traduisant par des accès de sommeil spontané avec relâchement des membres (narcolepsie), alternant avec des accès de contracture généralisée, accompagnés eux-mêmes tantôt d'abolition, tantôt de la conservation relative des facultés intellectuelles.

Enfin je rappellerai que l'attaque de contracture généralisée consignée dans l'observation du Dr Laurent-Faucon (obs. LXXXVII) et qui précédée des phénomènes habituels de l'aura, s'était terminée par quelques convulsions, des sanglots et des cris de désespoir.

La durée de ces attaques de contracture peut être fort variable. Elle peut s'étendre de quelques instants, à plusieurs jours et même plusieurs semaines. Mais contrairement à ce qui a lieu pour la contracture partielle des hystériques qui a mérité le nom de contracture permanente,

la durée n'en est point illimitée, et les cas sont très rares dans lesquels on voit les attaques de contracture se prolonger plusieurs mois.

Les attaques de contracture se montrent soit isolées, soit se répétant à de courts intervalles et forment alors des séries composées d'un plus ou moins grand nombre d'attaques.

B. L'attaque de contracture n'existe pas toujours à l'état de simplicité que nous montre la description précédente. Elle se complique souvent de quelques symptômes empruntés aux diverses périodes de la grande attaque.

a. Il n'est pas rare de la voir s'accompagner de quelques phénomènes épileptoïdes tels que des secousses musculaires, des accès épileptoïdes incomplets ou même parfaitement développés. L'observation rapportée page 191 en est un exemple; dans une observation rapportée par Gaube (obs. CXXXIII) l'attaque de contracture précédée des phénomènes ordinaires de l'aura s'accompagnait de spasmes de la respiration. C'était une suite de sanglots secs consistant en des expirations brusques, saccadées, bruyantes, coupées d'inspirations laborieuses. Il y avait en outre perte de connaissance. L'attaque durait de 10 minutes à une heure.

b. Chez une de nos malades Ernest. Pil..., elle apparaît, précédée et suivie souvent de l'agitation et des contorsions qui caractérisent la deuxième période de la grande attaque.

c. Dans une observation du Dr Ganbe (obs. CXXXIV), l'attaque de contracture était suivie d'une phase de délire.

d. Enfin les fonctions intellectuelles peuvent subir des modifications variées. Si l'intelligence peut persister intacte, elle peut aussi disparaître complètement. La perte de connaissance est absolue et le malade ne garde aucun souvenir de son attaque.

D'autres fois l'attaque de contracture s'accompagne de délire comme dans l'observation de Hamilton, rapportée plus loin. — L'observation de Ler... consignée page 214, peut être également considérée comme une attaque de contracture avec phénomènes d'extase.

CHAPITRE VII

VARIÉTÉS PAR IMMIXTION DE PHÉNOMÈNES LÉTHARGIQUES. ATTAQUE DE LÉTHARGIE

Briquet décrit dans un même paragraphe les attaques de sommeil, de coma et de léthargie, parce qu'elles ne lui paraissent être que des degrés de la même modification pathologique. L'étude que nous avons faite de la léthargie hystérique provoquée et que nous exposerons plus loin dans tous ses détails, nous conduit à comprendre sous le nom *d'attaques de léthargie* les variétés suivantes :

1° Attaque de léthargie simple (attaque de sommeil, attaque de léthargie des auteurs).

2° Attaque de léthargie avec mort apparente.

3° Attaque de léthargie compliquée :

a. De contractures partielles ou généralisées. — L'attaque de coma, décrite par Briquet, nous paraît rentrer dans ce cadre.

b. De l'état cataleptiforme.

§ 1. — ATTAQUE DE LÉTHARGIE SIMPLE

Sur le nombre considérable d'hystériques que Briquet a été à même d'observer, cet auteur n'a rencontré que trois cas d'hystérie avec des attaques consistant en un véritable sommeil.

« Dans ces trois cas, dont les causes ne présentaient rien de spécial, l'attaque débutait constamment par une vive rougeur qui paraissait brusquement à la face, par un serrement des mâchoires, et par un raidissement momentané des membres, troubles qui cessaient aussitôt. Chez une de ces femmes, l'attaque commençait toujours par de la

constriction à l'épigastre, puis venait une sensation de globe qui de l'épigastre montait à la gorge, et, enfin, arrivait à la strangulation. » (Briquet.)

Dans tous ces cas, les malades s'endormaient très rapidement. Elles avaient un véritable sommeil, leur face n'offrait rien de particulier, leur respiration était normale, le pouls était à soixante, la peau était fraîche, et les membres étaient en résolution.

Les faits que nous avons pu observer confirment pleinement les observations de Briquet.

Del..., dont l'observation est rapportée plus loin (obs. LXII), est prise, de temps à autre, en outre des crises convulsives vulgaires, d'attaques de sommeil dont voici quelques exemples :

20 juin. — A cinq heures et demie du soir, série d'attaques convulsives ordinaires qui se succèdent au nombre de cinq. A dix heures, attaque de sommeil qui dure jusqu'au 22 juin à dix heures du matin. Pendant cette longue attaque de sommeil, Del... a uriné au lit. On l'a changée de linge sans qu'elle se réveillât.

7 juillet. — Quatre attaques convulsives.

8 juillet. — Attaque de sommeil de six heures du soir jusqu'au lendemain matin dix heures.

11 juillet. — Attaque de sommeil de six heures du matin jusqu'à quatre heures du soir.

3 août. — Attaque de sommeil qui a duré de dix heures du soir jusqu'au 5 août dix heures du matin. La malade n'a pas uriné au lit.

30 août. — Del... est prise d'une attaque de sommeil depuis trente-huit heures environ. Elle aurait eu quelques convulsions arrêtées par la compression ovarienne exercée sur elle par une de ses compagnes, puis elle serait tombée dans le sommeil.

Ce matin l'attaque de sommeil dure encore. C'est un sommeil que les excitations les plus variées ne peuvent rompre. On a beau l'appeler, lui crier dans les oreilles, la secouer vivement, la piquer avec de fortes épingles, elle dort toujours. Le décubitus est indifférent, la résolution musculaire est complète ; quand on la soulève, Del... retombe comme une masse inerte sur son lit, et garde la position que le hasard lui donne. Cependant elle n'est pas complètement passive, et parfois elle change de position spontanément.

L'hyperexcitabilité musculaire caractéristique de la léthargie hypnotique et que nous décrirons plus loin au chapitre de l'hypnotisme n'existe pas. Les paupières supérieures abaissées sont animées d'un petit tremblement non permanent, mais toujours provoqué, lorsqu'on essaye de les soulever. Elles résistent au mouvement qu'on cherche à leur imprimer et le globe oculaire ne se laisse pas découvrir.

Pendant ce sommeil, elle a des rêves, des cauchemars, elle cherche à fuir en se tournant de côté et d'autre dans son lit et en se cachant la figure dans ses oreillers. Ses rêves sont de deux sortes. Les uns terribles : elle voit des bêtes qui lui piquent les jambes, elle crie : « Maman Beaufils ! à mon secours, chassez toutes ces bêtes. » Les autres plus gais : elle se promène avec le fils de son ancien patron, il avait nom Adolphe. Elle se souvient fort bien de tout

ceci, quand elle est réveillée. La compression ovarienne fait cesser complètement le sommeil. Questionnée sur ses rêves, la malade n'est pas, ce matin, disposée à répondre.

L'attouchement du sternum, au niveau de la première pièce et sur la ligne médiane provoque une attaque. La malade possède, en outre, deux autres points hystérogènes symétriques situés sous les seins et un peu en dehors.

L'attaque provoquée offre les caractères suivants :

Tétanisme de tout le corps : la tête se renverse en arrière, se congestionne ; les traits sont contracturés. Les bras s'élèvent et se fléchissent, les jambes sont raidies dans l'extension, le tronc se creuse en arrière. Telle est la phase tonique qui, à elle seule, paraît représenter la période épileptoïde. Puis l'arc de cercle s'accuse, la malade s'agite en tous sens, se contorsionne (deuxième période) et bientôt retombe inerte ; elle est reprise de son sommeil. Le sommeil vient donc ici au lieu et place de la troisième période avec laquelle les rêves et le souvenir qu'elle en conserve ne laissent pas de lui créer de nombreux points de ressemblance.

3 septembre. — Del... s'endort tout d'un coup sur le lit d'une voisine à sept heures du soir ; le sommeil dure jusqu'à cinq heures du matin. Mélancolie jusqu'à dix heures. Elle ne peut plus parler. Une séance d'électrisation lui rend la parole et la gaieté. Le sommeil la reprend à deux heures.

23 septembre. — S'endort, sur un banc, dans la cour, de dix heures du matin jusqu'à trois heures de l'après-midi.

25 septembre. — Del... dort depuis hier matin neuf heures.

Ce matin elle est dans la résolution la plus complète, la face est colorée, les yeux fermés, les paupières légèrement clignotantes, la respiration calme et régulière, le pouls à 90. Elle tourne dans son lit, mais reste le plus souvent couchée sur le côté gauche, la face contre l'oreiller. Par instants elle pleure, marmotte entre ses dents des paroles inintelligibles, pousse quelques cris inarticulés.

Elle demeure à peu près indifférente aux diverses excitations : piqûres, respiration d'ammoniaque, poudre de coloquinte sur la langue. Cependant elle se retire quand on présente l'ammoniaque sous la main droite. Et quelques instants après l'application de la poudre de coloquinte sur la langue, elle se met à crachoter.

Réveillée par la compression ovarienne,elle se plaint aussitôt du goût amer qu'elle a dans la bouche. Elle sent les piqûres qu'on lui a faites au bras droit et à la tempe droite, mais nullement celles du côté gauche.

Elle ne veut ni boire ni manger, disant qu'elle n'a pas faim.

Elle dit avoir rêvé des choses agréables.

Bientôt ses yeux deviennent fixes, puis tout d'un coup ses paupières se ferment, elle dort. Il ne s'est pas produit le moindre signe épileptoïde.

Réveillée une deuxième fois par le même procédé, elle ne se rendort plus. Elle se lève, va aux cabinets, et se met à prendre la nourriture qu'on lui propose.

Ainsi qu'on le voit par l'observation précédente, l'attaque de sommeil s'accompagne souvent de rêves dont la malade conserve le souvenir.

Nous avons eu occasion d'observer sur Gl.... une attaque de sommeil léthargique qui a duré 24 heures.

Après avoir répété sur elle les diverses expériences d'hypnotisme dont il sera parlé plus loin, elle tomba un jour dans un sommeil qui dura jusqu'au lendemain matin et dont il fut impossible de la faire sortir, quels qu'aient été les excitants employés, mécaniques ou électriques. Elle était dans le décubitus dorsal, la face colorée, les membres dans la résolution la plus complète, les paupières fermées et clignotantes et les globes oculaires convulsés en bas avec tendance au strabisme interne. La respiration était très faible et irrégulière : Respirat. 14. Pouls 100. — Températ. 37,8. *Les muscles avaient perdu la propriété spéciale désignée sous le nom d'hyperexcitabilité.* — *L'excitation des points hystéro-épileptogènes ne provoquait aucune crise. La compression des ovaires demeurait également sans résultat.* Nous étions évidemment en présence d'un sommeil d'un autre genre que celui que nous avons étudié dans notre expérience d'hypnotisme. Il en différait encore par ceci, que la malade, une fois revenue à elle, avait conscience d'avoir dormi longtemps, et pouvait raconter, dans ses moindres détails, un long rêve qu'elle avait eu.

J. Moreau, dans son livre de la *Folie névropathique*, rapporte l'observation d'une hystérique qui, pendant les attaques de sommeil, était tourmentée par un délire dont elle conservait le souvenir.

OBSERVATION XXIV. — La malade est tourmentée par un singulier besoin de dormir. Durant ses « *assoupissements* », il lui semblait qu'un certain individu de sa connaissance prenait sur elle plus d'empire qu'elle n'eût voulu, et se comportait vis-à-vis d'elle de la façon la plus inconvenante : paroles obscènes, attouchements lascifs, etc..... La nuit, elle a des cauchemars, elle se voit entourée de serpents qui veulent la dévorer, de grosses écrevisses qui courent sur son lit, sur ses bras, sur sa poitrine ; elle se réveille en sursaut, couverte de sueur et appelant au secours [1].

On trouvera plusieurs autres observations de sommeil hystérique rapportées plus loin et que je ne fais que rappeler ici (Observations LXXX, LXXXI, LXXXIII).

Dans la grande généralité, l'attaque de sommeil ainsi qu'on a pu le remarquer dans les observations qui précèdent, s'accompagne d'une résolution musculaire parfaite. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Dans l'observation LXXXI il est dit que les membres étaient le siège d'un peu de roideur, d'une demi-rigidité.

Des faits de ce genre servent de transition entre ceux dans lesquels la résolution musculaire est complète, et ceux dans lesquels la résolution musculaire est remplacée par une contracture généralisée.

1. *Traite pratique de la folie névropathique*, par le Dr J. Moreau. Paris, 1869, p. 37.

Tout naturellement ces derniers cas sortent du cadre des attaques de sommeil et doivent être rangés soit parmi les attaques de coma (Briquet), soit parmi les attaques de léthargie avec contracture.

Une observation rapportée plus haut, nous montre ces diverses sortes d'attaques réunies chez un même sujet. La malade en question présentait tantôt des attaques de sommeil ordinaires avec souplesse des membres, tantôt des attaques de contracture généralisée avec perte de connaissance.

Je rapprocherai des attaques de sommeil spontané, l'intéressante relation d'un cas de léthargie provoquée par l'application d'un aimant, publiée récemment par le Dr Landouzy dans le *Progrès Médical*, et dans laquelle le sommeil provoqué présentait les caractères du sommeil naturel.

Il s'agit d'une malade entrée dans le service de M. le professeur Hardy, à la Charité, pour des accidents d'*hysteria major*, contractures, paralysie, hémianesthésie, chorée saltatoire... Au moment où fut faite la première application d'aimant, cette malade ne présentait plus d'autres manifestations hystériques, qu'une humeur un peu fantasque, des sensations pénibles (clou, boule), et des accès de météorisme considérable provoquant des douleurs abdominales très vives.

Voici ce qu'observa le Dr Landouzy :

Observation XXV. — ..... « C'est le 2 janvier que nous soumîmes, pour la première fois, la malade à l'épreuve de l'aimant ; nous avouons, que, en commençant l'expérience, nous nous attendions (au cas où nous obtiendrions un résultat) à toute autre chose qu'à ce qui s'est produit : nous nous demandions, si nous ne parviendrions pas à faire disparaître ou à diminuer le météorisme douloureux, nous nous disions, que, au pis aller, nous ferions, *peut-être*, réapparaître l'une quelconque des manifestations antérieures, mais nous étions tellement loin de présager ce qui allait survenir que, si quelqu'un nous l'avait annoncé, nous aurions tenu fort peu de compte de son dire : nous consignons ces réflexions à l'égard de ceux qui, voulant voir dans les faits, de l'ordre de celui que nous rapportons, astuce de la part des malades et simplicité de la part des observateurs, seront obligés de convenir que notre hystérique a été plus malicieuse encore que les plus malignes d'entre ses pareilles, puisqu'elle a choisi pour thème de ses artifices un ordre de phénomènes *inédits* et qu'elle a inventé de toutes pièces un rôle qui lui fait honneur, rôle qu'elle *a créé et qu'elle tient*, en dehors de toutes les prévisions, de tous les calculs des personnes qui l'observent et qui, comme on va le voir, ont mis tout en œuvre pour déjouer toute supercherie.

» Le 2 janvier 1879, voulant soumettre notre hystérique (L... Marie, vingt-trois ans) à l'épreuve de l'aimant, sans qu'elle sût ce qui allait lui être fait, nous commençâmes par bander les yeux de la malade qui reposait, au lit, dans le décubitus horizontal ; comme, à ce moment, L... se plaignait de douleur

dans le ventre distendu par un météorisme considérable, nous mîmes les pôles de l'aimant immédiatement en contact avec les parois abdominales, au niveau de la région ombilicale. L... (qui ignorait et ce qu'on faisait et ce qu'on cherchait) n'accusa d'autre sensation que celle du froid exactement perçue dans les points de contact. Les choses étant ainsi disposées nous causâmes avec la malade, espérant, en détournant son attention, lui faire oublier la sensation du froid qu'elle avait accusée au moment même de la pose de l'aimant : deux minutes environ après le début de l'expérience, nous surprîmes (c'est là un détail dont on verra tout à l'heure toute l'importance) dans le poignet droit et dans la commissure labiale droite, de petits mouvements convulsifs; au même instant, la parole de la malade (ne ressentant rien de particulier, elle continuait à répondre à nos questions) se ralentit et s'alourdit comme le fait la conversation d'une personne qui *tombe de sommeil*, puis la malade se tut; c'est alors que nous eûmes beau élever la voix, solliciter son attention en lui prenant la main, en lui secouant le bras, en la pinçant, en la piquant même fortement, rien n'y fit, la malade semblait plongée dans un sommeil profond avec anesthésie générale et résolution musculaire. Voyant durer cet état qui ressemblait (n'était l'anesthésie absolue) à un sommeil naturel, nous retirâmes l'aimant : au bout de six secondes, nous surprîmes dans le poignet droit et dans la commissure labiale droite de petits mouvements cloniques exactement semblables comme siège, comme étendue et comme intensité, à ceux que nous avions constatés avant que la malade fût endormie, puis la malade (dont on avait débandé les yeux) ouvrit les paupières et sembla sortir d'un sommeil profond, ne se rappelant qu'une chose : c'est qu'on lui avait mis, sur le ventre, quelque chose de froid qu'elle ne sentait plus : à ce moment, non seulement la malade sentit très exactement qu'elle n avait plus rien sur le ventre, mais encore, porta les yeux et la main sur la face interne des avant-bras sur lesquels on avait, par transfixion, fait des piqûres qui devenaient le siège d'un peu d'urticaire; de fait, la sensibilité était revenue sur toute la surface du corps.

» Cette première observation terminée, nous remîmes la malade en expérience, mais, cette fois en bandant simplement les yeux : les choses restant ainsi pendant dix minutes sans que rien survint, ni sommeil ni anesthésie, nous mîmes (toujours sans rien faire savoir à la malade) les pôles de l'aimant en contact avec la face antérieure de l'avant-bras gauche; une minute après, environ, se reproduisit exactement ce que nous avions constaté lors de la première aimantation, c'est-à-dire de légers mouvements cloniques dans le poignet et dans la commissure labiale du côté droit, puis la malade devenant insensible à tous nos moyens d'excitation, sembla dormir profondément, la respiration et la circulation restant ce qu'elles étaient avant l'expérience : il suffit d'enlever l'aimant pour que, au bout de six à huit secondes, la malade (dont on n'avait pas cette fois débandé les yeux) se réveillât après avoir présenté les petits mouvements cloniques dont il a déjà été parlé et demanda si on n'allait pas bientôt retirer son bandeau. Le bandeau fut retiré, et nous y prenant de telle manière que la malade ne pût savoir ce qu'on lui mettait sur le ventre, nous remîmes l'aimant en contact avec les parois abdominales, la malade accusa immédiatement une sensation de froid et de pesanteur aux points touchés par les pôles, puis resta ainsi plus d'un quart d'heure, sans que rien survînt; c'est alors que, tout en causant avec L... nous maintînmes

fermées les paupières avec les doigts : deux minutes ne s'étaient pas écoulées, que la malade retomba de la même manière dans un état de sommeil complet avec anesthésie générale. Cette fois, au lieu de retirer l'aimant, on le laisse en place et on se contente d'ouvrir les yeux de la malade qui, immédiatement, revint complètement à elle, dit n'avoir rien éprouvé, rien rêvé pendant son sommeil, mais sentir parfaitement qu'elle avait, sur le ventre, quelque chose de lourd et de froid.

» Plus de dix fois, les jours suivants, à intervalles plus ou moins éloignés, les mêmes manœuvres furent répétées de la même façon, soit devant M. Hardy, soit devant les élèves de la clinique, toujours le sommeil avec anesthésie, véritable état léthargique, se produisit dans les mêmes conditions (application de l'aimant sur un point quelconque du corps, la malade ayant les yeux fermés ou couverts) ; toujours la malade revenait à elle et recouvrait la sensibilité dès que, les yeux restant fermés, on retirait l'aimant, ou que, l'aimant restant en contact avec les téguments, on rouvrait les yeux.

» Nombre de fois, afin de nous mettre en garde contre les erreurs volontaires ou involontaires, nous avons tout mis en œuvre pour dépister la malade et éviter toute supercherie : tantôt, à l'insu de la malade, nous avons remplacé l'aimant par un morceau de fer doux, tantôt nous avons mis en contact avec la peau le bout de l'aimant opposé aux pôles, tantôt nous avons fixé sur l'avant-bras un morceau de fer qui, par sa forme et son volume, devait rappeler la sensation de contact de l'aimant ; dans ces conditions, jamais l'état léthargique n'est survenu et, *toujours*, il a suffi de la substitution de l'aimant au fer pour plonger la malade dans le sommeil[1]. »

Ce fait est fort remarquable, parce qu'il montre la production artificielle d'une attaque de sommeil semblable à celles qui surviennent spontanément. Les principaux caractères en peuvent être ainsi résumés.

Deux conditions étaient également nécessaires pour la production de la léthargie : l'application d'un aimant sur un point quelconque du corps, et l'occlusion des paupières. De même la suppression d'une de ces deux conditions faisait aussitôt cesser la léthargie : en retirant l'aimant ou en ouvrant les yeux de la malade, le réveil était presque instantané.

Le sommeil survenait au bout de deux minutes environ, toujours précédé dans le poignet droit et dans la commissure labiale droite de petits mouvements convulsifs, le réveil était précédé des mêmes mouvements convulsifs.

Pendant l'état léthargique la résolution musculaire était complète et l'anesthésie totale et absolue. Il ne s'accompagnait pas de rêves, ou du moins la perte de la mémoire était complète au réveil. Il procurait un grand soulagement à la malade tourmentée par de vives douleurs

1. Landouzy, *Prog. méd.*, 25 janv. 1879, p. 61.

abdominales. Enfin il était suivi d'une sensation de refroidissement et d'un léger frisson nerveux. Cette sensation de froid a été accusée à la suite des séances d'hypnotisme, presque constamment par les malades sur lesquelles nous avons expérimenté.

En résumé, les attaques de sommeil hystérique sont souvent précédées de phénomènes convulsifs, pouvant être rapportés aux deux premières périodes de la grande attaque.

Elles ont, avec la léthargie hystérique provoquée, des analogies qu'on ne saurait méconnaître.

Nous verrons que, dans la léthargie provoquée, la malade, au moment où survient le sommeil, présente quelques signes épileptoïdes, inspiration sifflante, mouvement de déglutition, écume, quelquefois raideur passagère des membres. Des phénomènes semblables inaugurent les attaques de sommeil.

§ 2. — ATTAQUES DE LÉTHARGIE AVEC MORT APPARENTE

Je ne m'étendrai pas longuement sur les attaques de léthargie avec état de mort apparente. Ces faits ont de tout temps fixé au plus haut point l'attention des observateurs. L'erreur d'un homme qui a laissé un grand nom en médecine, André Vésale, était bien faite pour rendre cette question tristement célèbre.

Je me contenterai de rapporter ici une observation remarquable de Pfendler, dans laquelle les accès de léthargie avaient été précédés de phénomènes hystériques variés. La persistance de l'ouïe, pendant l'accès de léthargie le plus profond qui faillit même donner lieu à une terrible méprise, doit être rapprochée de ce que nous avons observé chez nos hystériques qui, pendant l'état de léthargie provoquée, conservent, au milieu de toutes les apparences du sommeil, et malgré l'anesthésie générale la plus complète, l'usage d'un ou de plusieurs sens.

Observation XXVI. — Mademoiselle J. M..., âgée de quinze ans, réglée à quatorze ans, d'une santé parfaite, n'avait jamais éprouvé de maladies graves; son père et ses trois enfants n'avaient jamais eu de maladies nerveuses. La malade était forte, bien faite, tempérament sanguin, très blanche, et des couleurs fraîches et vermeilles. On soupçonna qu'elle s'était livrée à la mas-

turbation, le clitoris était d'une longueur très prononcée. Le 13 décembre 1820, quatre mois après que les règles se sont formées, la malade a ressenti une céphalalgie intense, une grande sensibilité et irritabilité, peu de sommeil, convulsions générales, sans écume à la bouche; la force musculaire était augmentée d'une manière étonnante : *cinq ou six hommes ne pouvaient la retenir.*

Cet état dura trois semaines, après lesquelles la chorée se déclara; après la chorée, la catalepsie et un véritable tétanos, avec forte raideur musculaire, trismus et impossibilité de la déglutition ; après le tétanos, un rire nerveux et un hoquet, puis des palpitations qui se sont terminées avec des convulsions ; ensuite la léthargie s'est déclarée : elle a duré trois ou quatre jours, et s'est répétée dix à douze fois. Toutes les médications ont été essayées, telles que la valériane, moschus, castoreum, asa-fœtida, camphre, protochlorure de mercure 70 grains, et acide hydrocyanique 30 grains, dans un espace de quinze jours, cyanure de zinc, strychnine, etc., sans obtenir aucune amélioration. Dans une dernière consultation, donnée par les premiers médecins de Vienne, tels que MM. *Pierre Frank*, *Malfatti*, plus tard médecin du duc de Reichstadt, *Standenheimer*, médecin de l'empereur, *Capellini* et *Schœffer*, on déclara que la malade, étant épuisée du côté de ses forces, ne laissait aucun espoir, et qu'après l'emploi inutile de tous les médicaments usités, la maladie, dont le siège était reconnu dans la moelle épinière et le système ganglionnaire, étant trop avancée, elle n'aurait que deux ou trois jours à vivre. En effet, le soir suivant, comme j'étais auprès de son lit, elle fait un mouvement, se relève, se jette sur moi comme pour m'embrasser, et retombe ensuite comme frappée par la mort. Pendant quatre heures, je ne pouvais observer aucun souffle d'existence, et je fis avec MM. *Frank* et *Schœffer* tous les essais possibles pour exciter en elle une étincelle de vie : ni miroir, ni plume brûlée, ni ammoniaque, ni piqûres, ne purent nous donner aucun signe de sensibilité : le galvanisme fut employé sans que la malade montrât quelque contractilité ; M. *Frank* même la jugea morte, mais en conseillant toutefois de la laisser dans le lit. Pendant vingt-huit heures, aucun changement; on croyait sentir déjà un peu l'odeur de la putréfaction ; la cloche des morts était sonnée; ses amies venaient de l'habiller en blanc et de la coiffer de couronnes de fleurs, tout se disposait autour d'elle pour l'enterrement. Pour me convaincre des progrès de la putréfaction, je reviens auprès de mademoiselle M..., mais elle n'était pas plus avancée qu'auparavant; au contraire, quel fut mon étonnement lorsque je crus apercevoir un faible mouvement de respiration ! Je l'observai de nouveau, et je vis que je ne m'étais pas trompé. Je pratiquai de suite des frictions, des irritants, et après une heure et demie, la respiration augmente, la malade ouvre les yeux, et, frappée par l'appareil de la mort, elle revient à la connaissance et me dit en riant : « Je suis trop jeune pour mourir. » On la transporta de suite dans un autre appartement, où elle fut bientôt prise d'un sommeil qui dura dix heures. La convalescence marcha assez vite par l'emploi des bains aromatiques et des toniques, et la malade, dont le système nerveux était débarrassé entièrement de son état morbide, parut aussi fraîche et aussi bien portante qu'auparavant. Pendant son état léthargique, où toutes les fonctions paraissaient suspendues, les forces se concentrèrent sur l'ouïe, puisqu'elle entendit et eut connaissance de tout ce qui se disait auprès d'elle, et me cita ensuite les mots latins de

M. *Frank ;* sa plus affreuse position était d'entendre les préparatifs de mort sans pouvoir sortir de son état[1].

Dans l'observation de S. Marestant rapportée plus loin (Obs. CXV), une attaque de léthargie avec mort apparente survint à la suite d'une crise convulsive très violente et fut suivie elle-même de nouvelles convulsions.

Au point de vue spécial qui nous occupe, les phénomènes hystériques variés, qui souvent précèdent l'invasion des accès de léthargie, méritent d'attirer notre attention. Briquet dans les huit cas de véritable léthargie qu'il lui a été donné d'observer, signale un début au moins épileptoïde.

« Le début de la léthargie, dit-il, avait toujours été précédé de convulsions ou de contraction tonique des muscles, dont la durée avait été variable. — Chez plusieurs, ces convulsions s'étaient bornées à du trismus et à un peu de raideur des membres. — Chez d'autres il y avait eu une attaque convulsive complète, et chez une d'entre elles, cette attaque avait duré cinq heures. »

La durée de la léthargie a été, chez ces malades, de deux à huit jours.

Il résulterait de ceci que l'attaque de véritable léthargie, comme l'attaque de sommeil, est habituellement précédée de phénomènes convulsifs, tantôt réduits à quelques signes épileptoïdes, tantôt plus étendus. Ce serait donc à la suite de la première période de la grande attaque ou après la seconde que l'attaque de léthargie surviendrait.

§ 3. — ATTAQUES DE LÉTHARGIE COMPLIQUÉE DE CONTRACTURES GÉNÉRALES OU PARTIELLES ET DE PHÉNOMÈNES ÉPILEPTOÏDES

Je rangerai sous ce chef plusieurs observations dans lesquelles, aux principaux phénomènes qui caractérisent l'état léthargique avec hyperexcitabilité musculaire tel qu'il sera décrit plus loin au chapitre de l'hypnotisme, se surajoutent des contractures générales ou partielles persistantes[2] et des phénomènes épileptoïdes plus accusés.

Les attaques de coma décrites par Briquet rentreraient dans cette catégorie. « L'attaque de coma, dit-il, s'accompagne toujours de phé-

1. George-Fr. Pfendlér (de Vienne). *Quelques observations pour servir à l'histoire de la léthargie.* Paris, 1883, p. 11.

2. On verra que les contractures de l'état léthargique provoqué se résolvent par le massage ou la friction.

nomènes convulsifs ordinairement toniques dans la face et dans les membres; il existe des signes manifestes de congestion cérébrale, qui sont rendus évidents par l'état des yeux, par la coloration de la face, par le gêne de la respiration et par la dureté du pouls. »

J'ai pu récemment observer à l'Institut hydrothérapique de Passy, une jeune femme hystérique dont les attaques, au point de vue qui nous occupe, présentent le plus haut intérêt.

Voici la description d'un accès :

Observation XXVII. — Début brusque. Pendant qu'elle cause, la malade sent un besoin irrésistible de dormir, avec pesanteur de tête; ses paupières se ferment malgré elle. Elle bâille, et s'endort subitement.

Au lit, la malade est dans le décubitus dorsal, le tronc un peu incurvé sur le côté droit, la tête penchée sur l'épaule droite et la face tournée du même côté, les traits sont immobiles et non contorsionnés, les paupières baissées et animées d'un frémissement très léger, mais continuel. Lorsqu'on les soulève, elles résistent, et l'on voit à peine la pupille convulsée en haut et tournée à droite. La bouche est fermée avec force, et il est impossible de l'ouvrir en pressant sur le menton. En touchant le front, le muscle frontal se contracte. En comprimant avec un peu d'insistance sur le trajet du nerf facial au sortir du trou stylo-mastoïdien, on provoque une contraction de tous les muscles de la face du même côté : le front, les paupières se plissent, l'aile du nez se contracte, et la commissure labiale se tire en dehors. L'expérience répétée des deux côtés et plusieurs fois de suite, réussit également bien. C'est le phénomène de l'hyperexcitabilité musculaire, mais obtenu un peu plus difficilement que dans la léthargie hystérique provoquée, où la résolution, qui est complète, facilite vraisemblablement la production du phénomène. Les muscles du cou sont contracturés et la tête est immobilisée dans la situation que nous avons décrite. Les membres supérieurs sont étendus, un peu écartés du tronc; ils sont rigides, dans une demi-pronation, le poing est fermé avec force, le pouce tantôt en dehors, tantôt dans la paume de la main. Quand on essaye de les soulever, *la contracture s'exagère*, et l'on n'y arrive qu'avec peine. Ils ne conservent point la position dans laquelle on les a mis et retombent brusquement sur le lit. Les jambes sont contracturées dans l'extension, rapprochées l'une de l'autre, les pieds en pied bot équin.

Perte de connaissance. Anesthésie. On peut lui transpercer les bras sans provoquer un mouvement. La contracture des membres cède un instant sous l'influence du massage, mais incomplètement, et revient aussitôt.

La malade n'est pas complètement immobile dans la situation que nous venons de décrire, elle tend toujours à se déplacer vers la droite, la tête tourne parfois, revient à droite ou se fixe à gauche. Elle respire paisiblement, mais l'expiration ressemble souvent à une plainte. Elle prononce quelques mots; le plus souvent elle dit : « Non! non! » Elle prononce parfois le nom de son mari : « Guillaume. » Son mari a essayé parfois de lui répondre et de lui parler, mais elle est toujours demeurée insensible à ses interpellations. Elle pleure souvent et rit parfois presque aux éclats. Les mots et les phrases entrecoupées qui lui échappent permettent quelquefois de reconstituer une scène

rappelant ce qui l'a impressionnée pendant la veille. Par exemple, son mari raconte qu'un jour, après avoir montré du dégoût pour son enfant qu'elle adore habituellement, elle avait eu des idées de suicide qu'elle avait refoulées, et qu'elle n'avoua qu'après s'être trahie, pendant l'accès qui suivit, par des paroles comme celles-ci : « Mon enfant... emmenez-le... je ne veux pas le voir... des allumettes... je veux mourir, etc... »

Elle est prise, de temps à autre, de légers tressaillements dans les membres supérieurs, rappelant les accès incomplets d'épilepsie. Elle a sur le sommet de la tête et entre les deux épaules une zone d'hyperesthésie, dont l'attouchement provoque une contraction douloureuse du visage, des plaintes et des tressaillements dans les membres supérieurs. En insistant un peu, l'on n'obtient rien de plus. La pression des ovaires ne produit aucun résultat ; la pression sur les globes oculaires également.

Quand elle se réveille, elle se frotte un peu les yeux, et reprend très rapidement ses sens. Elle ne se souvient de rien, et n'a pas conscience du temps écoulé.

Dans l'intervalle des accès, il n'y a pas d'ovarie, pas d'anesthésie, les points d'hyperesthésie persistent. Elle supporte courageusement la douche. L'action de celle-ci sur la zone hyperesthésiée, entre les deux épaules, n'a jamais provoqué d'accès, ce qui arrive aux malades qui portent en ce point une zone hystérogène.

La femme de chambre raconte que la malade a eu quelques crises de nerfs. Elle a assisté à la plus violente : la malade se plaignait au début de maux de tête épouvantables. Elle s'agitait, on ne pouvait la contenir ; elle levait les jambes, étendait brusquement les bras, cherchait à s'arracher les cheveux et frappait de la tête l'oreiller. La crise se termina au bout d'un quart d'heure par un sommeil analogue à celui que nous avons observé.

La malade arrive de Vienne. Elle a vingt-cinq ans, et est mariée depuis cinq ans. Quand elle était jeune fille, elle avait de l'anorexie et de fréquents vomissements. Elle eut même une fois une attaque analogue à celles qu'elle présente aujourd'hui.

Depuis son mariage, les vomissements ont été plus fréquents, et les accès de sommeil sont revenus chaque année, pendant l'espace de quelques semaines à un mois, se reproduisant chaque jour, le soir principalement, et durant plusieurs heures. Une seule année, les mêmes accidents ne parurent pas ; elle était enceinte.

Depuis, les accidents se sont aggravés, si bien que cette année elle ne pouvait garder aucune nourriture, et les accès de sommeil commençant dès le matin duraient parfois toute la journée ; dans l'intervalle, elle est faible, triste et morose.

A quelle variété d'attaque hystéro-épileptique avons-nous affaire ici? Devons-nous la considérer comme une variété épileptoïde avec tétanisme prédominant et persistance d'un délire? Mais les manifestations épileptiques sont habituellement de courte durée et la perte de connaissance absolue est la règle. Ne devons-nous pas plutôt voir là une variéte d'attaque léthargique avec contracture généralisée et persistance

de quelques phénomènes épileptoïdes? L'oubli complet au réveil, la présence d'un délire ou d'une rêvasserie, l'existence de l'hyperexcitabilité musculaire, la durée de l'accès, son retour périodique, sont autant de signes en faveur de cette dernière opinion.

Voici la relation d'un cas d'accès de raideur tétanique généralisée avec perte de connaissance qui, par la présence de l'hyperexcitabilité des muscles de la face, se rapproche des faits que je viens de rapporter. L'hyperexcitabilité musculaire présentait ceci de particulier qu'elle n'existait que d'un seul côté, du côté droit. La malade était hémianesthésique à gauche. Cette observation a été adressée récemment à M. le professeur Charcot par le Dr Alexandre, de Livry (Belgique).

Observation XXVIII

PREMIÈRE LETTRE

Monsieur le professeur,

Je prends la liberté de vous adresser quelques mots relativement à la situation singulière dans laquelle se trouve une de mes malades atteinte d'hystérie grave.

Depuis environ un mois, elle entre tous les jours au matin dans un accès de raideur tétanique générale, avec perte de connaissance, qui dure jusqu'au soir et recommence invariablement de la même manière le lendemain.

Pour vous faire une idée nette de cet accès, Monsieur, figurez-vous une hystérique en proie à une convulsion violente et supposez que, juste au moment où elle se raidit en étendant les membres, elle soit immobilisée dans cette position, et qu'elle demeure ainsi pendant douze heures; voilà l'image exacte de la situation.

De prime abord, je croyais à un état cataleptique; mais si l'on prend un des deux bras étendus le long du corps et si, par un effort soutenu, on fléchit le coude à angle droit, quelque temps qu'on le tienne dans cette position, quand on l'abandonne, le membre s'étend de nouveau et reprend la position qu'il avait d'abord.

Ce n'est donc pas de la catalepsie ordinaire et j'éprouve quelques difficultés à caractériser ce symptôme que je n'ai point encore rencontré et dont je n'ai lu aucune description dans les ouvrages qui sont à ma portée. . . . . . .
. . . .

DEUXIÈME LETTRE

Monsieur le professeur,

Je viens de revoir ma malade, à mon entrée elle était assise sur son lit, se tenant la tête dans les deux mains et se plaignant, en poussant les hauts cris,

d'une douleur atroce dans toute la région de la voûte crânienne et dans les deux tempes; depuis plus d'un mois cette douleur lui est habituelle et existe plusieurs heures par jour, dans les moments où la malade n'est pas en proie à son accès tétanique.

Mon arrivée, qui est toujours fortement désirée, calma la malade; elle se mit à causer et à répondre à toutes les questions. Elle se plaint d'un fourmillement et d'un engourdissement dans tout le côté gauche. Je constate, en outre, qu'il y a hémianesthésie de tout le côté gauche. Il existe de grandes douleurs dans les régions ovariennes, des douleurs en urinant, et une photophobie des deux yeux tellement intense que depuis un mois la malade n'a pu ouvrir les yeux.

Pendant que je l'examine, je remarque que tout à coup la main et le pied gauches se mettent dans une extension forcée, je l'engage à fermer la main : « Tout à l'heure, me dit-elle, cela va se passer. » Et en effet au bout de dix à quinze secondes la contracture cesse et la malade se sert de la main et du pied gauches. Une minute après, le même phénomène de contracture se reproduit, dure quinze secondes et se passe pour recommencer ainsi cinq ou six fois, la malade étant toujours en pleine connaissance.

Les parents me font observer que depuis quatre ou cinq jours, ils se sont aperçus que ces raideurs momentanées dans le côté gauche ne manquent jamais de se produire chaque fois que la malade va passer dans un de ses grands accès de raideur général.

En effet, sur le champ, je la vis se coucher tout doucement sur son oreiller, s'étendre, ramener les bras le long du corps et se raidir : elle était dans son accès.

Je fis la compression du nerf facial gauche, compression tantôt brusque et profonde, tantôt prolongée et énergique ; j'excitai par la même pression tous les muscles de la face du côté gauche, rien ne bougea. C'est comme si j'eusse appuyé sur une statue de marbre. Mais ce fut bien autre chose quand je passai à l'excitation du facial droit. Je n'eus pas plus tôt mis le doigt sur son trajet, que tous les muscles de la face et surtout les orbiculaires de l'œil droit et de la bouche se contractèrent de manière à donner à tout ce côté de la face une expression de sourire toute particulière.

Comme je prolongeais l'excitation du facial droit en maintenant fortement la pression du doigt, pour voir si je n'arriverais pas à une contracture permanente, je vis la malade tourner plusieurs fois la tête de ce côté et chercher à à se soustraire, en se plaignant, à cette compression qui paraissait être douloureuse ; j'insistai, elle fit quelques mouvements des bras qu'elle ramena au-dessus de sa tête et s'éveilla tout doucement comme une personne qui sort difficilement d'un sommeil ordinaire. Je lui parlai, elle me répondit qu'elle me reconnaissait, que j'étais près d'elle depuis quelque temps et me raconta toute la série d'expériences que j'avais faites sur elle avant son sommeil tétanique.

Je causai deux ou trois minutes avec elle, et je vis reparaître plusieurs fois les contractures passagères des deux membres gauches. Comme la malade se plaignait beaucoup de sa douleur de tête, je lui ordonnai de se coucher et elle ne fut pas plus tôt étendue sur son oreiller, que j'avais un deuxième accès de contracture générale tétanique sous les yeux.

Pendant ce deuxième accès, je lui ouvris fortement les yeux dirigés du côté

de la lumière, pour voir si je n'obtiendrais pas l'état cataleptique ; mais la contracture tétanique resta ce qu'elle était. En outre, je ne vis pas les yeux fuir la lumière et les pupilles n'étaient ni élargies, ni contractées.

Pendant l'accès de contracture, la raideur est générale, il y a du trismus, et le cou est fortement rejeté en arrière, maintenu par la contracture de tous les muscles cervico-dorsaux. A son réveil, la malade accuse, en outre de ses douleurs de tête, des points douloureux le long de l'épine dorsale et tout autour du tronc ; et elle se frotte constamment ces parties, surtout du côté gauche. Elle mange peu, conserve son embonpoint, n'a pas de fièvre ; il y a eu quelquefois de l'anurie pendant plusieurs jours et un retard prolongé dans les règles. Elle accuse constamment la sensation d'une boule qui part de l'épigastre et remonte au cou y déterminant le sentiment de strangulation. . . .

. . . .

J'ai eu l'occasion d'observer à l'Institut hydrothérapique de Passy, grâce à l'obligeance de M. Pascal, un second cas d'hystérie bien singulier dans lequel l'attaque composée de convulsions et de délire était arrêtée par la production du sommeil hystérique sous l'influence de la pression oculaire. Mais, chose singulière ! une seule personne était douée de ce pouvoir sur la malade, l'attouchement de tout autre provoquait infailliblement un redoublement de la crise. Ce fait paraissait si extraordinaire que l'on parlait de simulation. La présence de l'hyperexcitabilité musculaire pendant le sommeil ainsi provoqué vint lever tous les doutes et éloigner tout soupçon de supercherie.

Observation XXIX. — Mademoiselle X..., âgée de dix-neuf ans, d'origine italienne, est atteinte depuis deux ans environ d'hystérie convulsive. Les attaques, qui se renouvellent presque chaque jour et durent plusieurs heures si l'on n'intervient pas, ne peuvent être arrêtées que par un seul moyen, la pression oculaire et frontale, et encore ce moyen ne réussit-il qu'entre les mains d'une seule personne, du médecin ordinaire de la famille.

Je puis observer cette jeune malade le jour même de son arrivée à Passy, 6 mars 1879. Elle est accompagnée de ses parents et de son médecin.

Je vois la malade à neuf heures du soir, la crise dure depuis dix heures, et rien n'a pu l'enrayer. M. Pascal a attendu jusqu'à ce moment avant d'avoir recours au sommeil hystérique provoqué par le médecin.

La malade est à genoux sur son lit, accroupie, la face entre les mains, poussant des gémissements et lançant, en langue italienne, des malédictions contre ceux qui l'ont amenée ici. Parfois elle récite des morceaux de littérature et de poésie italiennes. Une sorte de chorée rythmique soulève ses épaules par un mouvement brusque et composé de plusieurs soubresauts, la tête se renverse par instants, la respiration est prise de spasmes, une toux nerveuse et opiniâtre semble chercher à expulser le corps étranger qui produirait la suffocation. Au milieu de tout ceci, la parole est entrecoupée par instants, mais la série des lamentations n'est point interrompue. La pression des ovaires, la pression

sous les deux seins ou sur le sommet de la tête provoque une exacerbation de la crise que nous ne parvenons pas à enrayer.

Devant notre insuccès, nous prions le médecin d'endormir la malade par son procédé habituel. Il place alors la main sur les yeux et sur le front de la malade qui ne résiste pas. Au contraire, le calme se fait peu à peu et bientôt la malade semble plongée dans un profond sommeil. La résolution est complète, le visage est calme, les paupières abaissées frémissent légèrement. Nous recherchons alors si l'hyperexcitabilité musculaire existe, comme dans les expériences de léthargie hystérique provoquée dont nous parlerons plus loin. Si nous ne la trouvons pas aussi développée que chez nos malades, elle n'en existe pas moins manifestement ici. En effet, en exerçant une pression immédiatement au-dessous du lobule de l'oreille pour atteindre le facial, on provoque des mouvements dans le côté correspondant de la face, et principalement dans la commissure labiale qui s'abaisse et se tire en dehors. Touchés isolément, les différents muscles de la face se contractent, mais il semble, en outre, que l'excitation se propage, et souvent la contraction se produit en même temps dans les muscles voisins de ceux qui ont été touchés. Aux membres supérieurs, la pression sur la partie antérieure de l'avant-bras amène une contracture manifeste de la main dans la flexion. Mais la contracture ne persiste pas ; au bout de peu d'instants elle se résout d'elle-même. La friction des sterno-mastoïdiens ne produit pas d'action bien nette.

Tous ces effets d'hyperexcitabilité musculaire sont produits par la simple excitation mécanique faite avec l'extrémité du doigt. Que ce soit le médecin ordinaire qui opère ou toute autre personne, l'effet est le même. La même chose se produit également, si l'on emploie l'extrémité d'une petite baguette de bois.

Pendant que la malade est dans cet état, j'essaye, mais sans résultat aucun, de provoquer le réveil en soufflant sur le visage. En plaçant ma main sur le front et les yeux de la malade pour essayer la pression oculaire, je ramène la crise convulsive qu'il m'est impossible de faire cesser. Par le même procédé le médecin ordinaire provoque le sommeil hystérique comme il l'a déjà fait une première fois. Il souffle alors sur le visage de la malade qui tout d'un coup se réveille souriante et ne se souvient nullement de tout ce qui s'est passé.

Les investigations auxquelles nous nous étions livrés pendant la crise qui venait d'avoir lieu, prouvaient bien que, quelque extraordinaire que puisse paraître la spécificité en quelque sorte du moyen employé pour le provoquer, le sommeil hystérique qui chez cette jeune fille mettait ainsi fin aux attaques convulsives, n'avait rien de simulé. On pouvait donc espérer, par l'emploi d'un traitement rationnel, la guérison d'accidents morbides qui existaient bien réellement. En effet la guérison fut plus prompte qu'on n'osait l'espérer. Après trois jours de l'usage de l'hydrothérapie méthodique les crises avaient complètement disparu et le pouvoir quasi mystérieux du médecin s'évanouissait avec elles. Mais il fallut bien encore plusieurs mois pour achever la guérison. Pendant quelque temps encore, la moindre émotion rendait imminent le retour des crises.

J'insiste en terminant sur la valeur diagnostique que peut acquérir, dans certains cas difficiles, la présence du phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire. Dans bien des cas analogues à ceux que j'ai rapportés, ce symptôme a dû passer inaperçu, car il est de ceux qui ne se révèlent pas par eux-mêmes et demandent à être recherchés. Le médecin prévenu trouvera là, pour élucider ces questions souvent si embarrassantes, une ressource nouvelle dont il ne doit pas se priver.

§ 4. — LÉTHARGIE COMPLIQUÉE DE PHÉNOMÈNES CATALEPTIFORMES

Beaucoup de faits rapportés par les auteurs sous le nom de catalepsie, nous paraissent bien plutôt devoir être considérés comme des cas de léthargie avec phénomènes cataleptiformes.

Ces faits sont ceux dans lesquels la malade présente l'attitude du sommeil. Les yeux sont fermés, les paupières clignotantes. Souvent, contracture partielle ou rigidité générale. Le membre garde peu la position dans laquelle on le place, ou bien on est obligé de le maintenir quelques instants avant de l'abandonner à lui-même. La catalepsie est souvent partielle. Enfin, les frictions amènent la résolution musculaire.

Tous ces signes éloignent l'idée de véritable catalepsie, et plaident en faveur de la léthargie. Quelques observations de M. Lasègue, sous le nom de catalepsie partielle et passagère, me paraissent pouvoir rentrer dans ce cadre.

N'oublions pas que M. Lasègue produisait cette variété de catalepsie chez ses malades, en pressant sur les globes oculaires.

Favrot rapporte une observation où ces caractères de catalepsie imparfaite me paraissent bien indiqués[1].

Observation XXX. — Virginie-Thérèse, vingt-trois ans, fille naturelle, née à Chartres. Tempérament lymphatique sanguin, réglée à treize ans, et régulièrement jusqu'à dix-huit ans.

En 1838, première attaque d'hystérie.

Huit mois après, deuxième attaque, dans l'intervalle céphalalgie, vomissements, météorisme et étourdissement. Règles irrégulières et peu abondantes.

Quatorze mois entre la deuxième et la troisième attaque. Règles très irrégulières.

Au mois d'avril et de mai, celles-ci (les attaques) reparurent beaucoup plus

1. Favrot, Thèse, 1844. *De la catalepsie, de l'extase et de l'hystérie.*

fréquemment; la malade passait rarement un jour sans en avoir, et c'était ordinairement entre cinq et six heures du soir.

Au mois de juin, la malade vient à Paris, Hôtel-Dieu, service de M. Legroux. Les symptômes sont des vomissements et du météorisme fréquents, mais point d'attaques d'hystérie.

Au bout de six semaines, elle sort de l'Hôtel-Dieu; nouvelles attaques.

Quand elle rentre à l'Hôtel-Dieu, service de M. Rostan, on observe les symptômes suivants :

Insomnie, éblouissements, fourmillements dans bras et jambes. Sentiment d'étouffement et de strangulation quand elle mange. Le ventre se ballonnait, était très douloureux à la pression. Constipation habituelle. Mangeait peu, et vomissait presque tous les aliments qu'elle essayait de prendre les premiers jours.

Quinze jours après son entrée, première attaque; elle fut convulsive, se répéta assez fréquemment pendant l'espace de deux jours, mais chacun des accès était de peu de durée, et séparé du suivant par une espèce de sommeil léthargique.

Hoquet, ballonnement du ventre, et surtout vomissements qui devinrent très fréquents.

Vers le mois de juin, les vomissements ont complètement disparu (sous-nitrate de bismuth, vésicatoires à la partie inférieure des jambes) et sont remplacés par des attaques qui, généralement, se renouvelaient plusieurs fois.

Voici ce que nous avons observé au sujet de ces dernières :

La malade est ordinairement avertie de l'invasion prochaine d'un accès par un *trouble particulier dans la vue, et surtout par la sensation de mouvements très rapides dans les globes oculaires. Quelquefois aussi elle est prise de céphalalgie, d'éblouissements, de douleurs dans les membres qui se font sentir exclusivement* dans le coude, et se rapprochent ainsi de certaines formes de l'aura epileptica. Ordinairement elle peut gagner son lit; mais, souvent aussi, cela lui est rendu impossible par une faiblesse des membres inférieurs qui la prend subitement, et ne lui laisse que tout juste assez de temps et de force pour se coucher à terre et se garantir ainsi d'une chute violente.

Chose étrange! si l'on se trouve auprès d'elle quand elle est prise de ces symptômes précurseurs, et que l'on fixe son attention par des questions pressantes, on peut retarder l'invasion de l'attaque, mais non sans qu'elle éprouve un malaise très considérable, qui lui fait aspirer au moment où elle pourra y céder. Et, en effet, elle perd connaissance aussitôt que l'on s'éloigne d'elle. Dans ses attaques, il y a constamment perte complète de la sensibilité, de l'intelligence, des mouvements volontaires, et abolition des sens. *Les paupières sont habituellement fermées*, la figure n'est pas décomposée; le décubitus est le plus souvent dorsal. A cela se bornent quelquefois tous les symptômes.

Cet état ressemble alors à un véritable sommeil; et, si pendant ce sommeil on imprime à la main, à l'avant-bras, ou au membre supérieur tout entier, un mouvement, et qu'ensuite, *après l'avoir soutenu pendant vingt-cinq secondes*, on l'abandonne à lui-même, il conserve cette position pendant un temps beaucoup plus long que ne le pourrait supporter une personne très robuste, après lequel il retombe de lui-même, tantôt brusquement, tantôt lentement, et comme si les muscles ne cédaient qu'en résistant à une force supérieure. *Les bras seuls sont susceptibles de ces mouvements cataleptiques, que nous avons en vain*

essayé de provoquer aux membres inférieurs, au tronc et à la tête. Toutes les fois que la malade est calme et dans le sommeil extatique que nous venons de signaler, on peut reproduire ces mouvements cataleptiques.

Cet état de sommeil n'est pas le seul qu'elle présente dans les accès. Souvent cette tranquillité est interrompue par des mouvements de pandiculation, des bâillements, comme si elle allait sortir de son sommeil, et la plupart du temps cela n'a pas lieu.

D'autres fois elle porte la main à son cou, comme si elle voulait en distraire un corps qui la gêne ou qui l'étrangle. Un peu plus tard, elle exécute des mouvements fréquemment répétés et bruyants de déglutition.

A d'autres moments, c'est un hoquet plus ou moins prolongé; ce sont des éructations; et, que tous les mouvements précédents aient lieu ou non, il n'est pas rare de trouver le ventre considérablement ballonné.

Puis elle se plaint, fait entendre un cri particulier qui rappelle le gloussement de la poule, et sa figure restant calme, une salive abondante et écumeuse est rejetée de sa bouche et vient couvrir les commissures de l'un ou de l'autre côté de la face.

Toutefois, il est rare qu'une attaque se termine sans qu'il y ait eu *quelques mouvements convulsifs*. Le plus souvent, ceux-ci *sont cloniques, véritablement hystériformes, excentriques*, et peuvent être assez forts pour que plusieurs personnes aient peine à contenir la malade, qui, dans beaucoup d'attaques moins violentes, peut être impunément abandonnée à elle-même sans craindre qu'elle tombe de son lit. Ces accès peuvent même se réduire à une simple agitation qui ne mérite pas le nom de convulsion.

Nous avons vu aussi la malade à terre se transporter d'une partie de la salle à l'autre par des mouvements réguliers de reptation latérale.

D'autres fois, les mouvements convulsifs sont *plutôt toniques*, tantôt bornés à la contracture d'un ou de plusieurs membres, tantôt étendus à tout le système musculaire, et en quelque sorte concentriques ou tétaniques. *C'est ainsi que, quelquefois, la tête et les talons servant d'appui, le tronc ou l'un des côtés prend la forme d'un arc dont la partie antérieure forme la courbure.*

Les phénomènes que nous venons de décrire se combinent de différentes manières, et composent ainsi des attaques plus ou moins variées.

Ni fatigue, ni propension au sommeil, ni souvenirs.

Attaques de plus en plus fréquentes, cinq ou six en vingt-quatre heures. Au mois d'août elle passe à la Salpêtrière, d'où elle sort pour retourner à Orléans.

Là son état s'améliore. Au bout de quelque temps, les phénomènes de catalepsie partielle sont complètement disparus; les attaques d'hystérie même sont moins fréquentes, présentant toujours cependant les singuliers phénomènes qui ont été décrits.

Le moral s'est singulièrement amélioré. *Les soupçons d'idiotie sont complètement dissipés*. Elle est très gaie, très douce, et est même employée, pour le service de l'hôpital, dans une salle de couture.

Nous voyons que pendant son attaque la malade présentait l'apparence du sommeil, elle avait les yeux fermés. La catalepsie n'existait qu'aux membres supérieurs. Il y est dit expressément que le

membre était soutenu quelques secondes avant d'être abandonné à lui-même.

L'attaque était précédée d'aura céphalique et s'accompagnait de signes épileptoïdes et d'arc de cercle.

Bourdin dans son *Traité de la catalepsie* rapporte l'observation suivante [1].

Observation XXXI. — (Sauvages, *Nosologie méthodique*, t. V, in-12.) Au mois de juillet 1757, une fille de huit ans, qui était à l'Hôpital Général, eut plusieurs accès de catalepsie; lorsque je la vis, elle se plaignait de maux d'estomac, de douleurs vagues dans le bas-ventre; elle sentait *une espèce de corps qui lui remontait vers l'œsophage.* Je lui ordonnai dix grains de mercure doux (protochlorure de mercure), et elle ne les eut pas plutôt pris, qu'elle tomba dans un état de catalepsie qui dura douze heures. Je fus la voir le lendemain, et je la trouvai qui pleurait les yeux fermés. Je voulus lui relever la paupière, mais je sentis une résistance accompagnée *d'un clignotement continuel.* Elle avait les mâchoires collées; ses bras et ses jambes restaient dans la position où je les mettais, mais ils conservaient *quelque peu de mouvement et ne restaient pas longtemps dans la posture que je leur avais fait prendre;* elle n'avait d'ailleurs ni sentiment ni mouvement, et ne répondait à aucune des questions que je lui faisais. On lui donna une seconde dose de mercure doux; elle guérit, et s'est toujours bien portée depuis.

Là encore la catalepsie est bien imparfaite, les yeux étaient fermés et les paupières animées d'un clignotement continuel.

L'observation si intéressante dans laquelle Puel [2] rapporte comment, à l'aide de frictions, il amenait la résolution des membres cataleptiques, nous paraît un bel exemple de léthargie dans laquelle la rigidité musculaire suivait la loi de l'hyperexcitabilité.

Nous voyons, en effet, que la malade avait les yeux fermés et que la catalepsie s'accompagnait de raideur généralisée. Si on la touchait les muscles se contracturaient avec plus de violence, et cependant la contracture cessait sous l'influence des frictions.

Voici un résumé de cette longue observation :

Observation XXXII. — *Catalepsie compliquée de somnambulisme.* Madame D..., quarante-cinq ans; née en 1810; éducation distinguée; violents chagrins de famille à vingt-cinq ans. A cette époque remontent les premiers symptômes de la maladie : spasmes nerveux, boule hystérique, vomissements; gastralgie suraiguë qui persiste pendant toute la durée de la maladie, convulsions hystériques presque tous les jours en 1839; 18 septembre 1852, premier accès de catalepsie.

1. Bourdin, *Traité de la catalepsie*, 1841.
2. *Mémoires de l'Académie de médecine*, tome XX, 1856, p. 409.

La catalepsie revient tous les jours, d'une façon périodique, à la même heure et se produit ainsi :

Vers quatre ou cinq heures, la région de l'estomac est tellement sensible que le moindre bruit extérieur y retentit douloureusement; bientôt après, les muscles du cou se raidissent, la tête s'incline sur l'épaule gauche, en même temps que celle-ci se relève fortement, et le bras du même côté se rapproche du corps; un peu plus tard, on voit se contracter successivement les masséters, les muscles du tronc et des membres, enfin, les orbiculaires des paupières; en sorte que, au bout de quelques heures, *tous les muscles du corps* se trouvent dans un état complet de raideur, et la violence des douleurs semble s'accroître en raison du nombre des muscles contractés. En même temps, les idées de la malade s'obscurcissent de plus en plus, et sa vue se trouble; ses paupières se contractent involontairement, et elle éprouve une grande difficulté à les tenir écartées : enfin il vient un moment où les paupières se ferment pour ne plus se rouvrir, et c'est alors qu'elle perd connaissance.

Le *son* le plus léger faisait éprouver à la malade plongée dans cet état une sorte de secousse électrique; ses muscles *se contractaient avec plus de violence* lorsqu'on la touchait même légèrement, et si ce contact était prolongé, des cris étouffés s'échappaient péniblement de sa poitrine, en même temps qu'elle faisait des mouvements de déplacement, comme pour fuir une impression pénible.

Aptitude de tout le corps à conserver une attitude communiquée. Durée de l'accès d'une heure à trois heures. Quand la malade revenait à elle et recouvrait son intelligence, les contractions musculaires persistaient encore pendant quelque temps.

Puel fut amené fortuitement à découvrir un moyen de faire cesser cet état de contracture et de catalepsie.

La friction sur un muscle, quel qu'il fût, en amenait la résolution. — Il suffisait de frictionner tous les muscles du corps pour amener une résolution générale; enfin, en touchant légèrement les paupières, on faisait cesser la contraction des muscles orbiculaires, et la malade, jusque-là privée de sentiment, ouvrait les yeux et recouvrait instantanément connaissance.

Puel pouvait également relâcher les muscles orbiculaires des paupières sans faire cesser les contractions des autres muscles. En un mot, il restituait à la malade la plénitude de son intelligence sans lui rendre la liberté de ses mouvements.

Je trouve noté que les crises provenaient souvent sous l'influence *des bruits extérieurs* qui retentissaient si violemment au creux de l'estomac.

Les douches donnaient infailliblement naissance à un accès cataleptique.

Malgré cela, amélioration considérable de la santé de madame D.

On est obligé, pour des raisons extramédicales, de suspendre les douches. — Les frictions sont remplacées par des applications de compresses d'eau froide de dix en dix minutes autour du cou, qui amènent également la résolution musculaire, quoique d'une façon plus lente.

Madame D. finit par guérir complètement.

Le Dr Henrot de Reims a publié une observation dans laquelle les phénomènes de catalepsie étaient évidemment sous la dépendance d'un état d'hyperexcitabilité musculaire. Les analogies avec ce que nous avons décrit sous le nom d'hyperexcitabilité neuro-musculaire sont nombreuses.

Observation XXXIII. — ..... Il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans, hystérique, qui eut un accès de somnambulisme, avec les phénomènes cataleptiques suivants : il suffisait de lui élever un pied ou une main pour déterminer immédiatement des contractions tétaniques violentes, remontant des extrémités vers le tronc et amenant un tel sentiment d'anxiété, qu'il fallait abaisser le membre pour éviter la contracture tétanique des muscles de la poitrine.

« Les muscles une fois mis en état d'activité par le contact de la main, continuaient à se contracter avec énergie; ainsi en soulevant le membre supérieur et en le plaçant dans une position très pénible, les muscles de l'épaule et du bras, par une suite de contractions tétaniques tellement violentes qu'on les voyait se dessiner sous la peau, maintenaient le bras dans la position que je lui avais donnée. Cette situation devenait si douloureuse, que je dus au bout de quelques secondes faire retomber le bras sur le lit.

» La malade n'eut que ce seul accès, elle guérit; j'eus ocasion de la voir, il y a deux ou trois ans, elle était bien portante, elle n'avait pas eu de nouvelle crise. Chez elle, le système musculaire était très différemment impressionne selon le pouvoir magnétique de telle ou telle personne; ainsi un de ses oncles, par le simple contact de la main, arrêtait instantanément une attaque clonique d'hystérie avec mouvements désordonnés des membres, et nous par le simple contact de la main, ou même du bout du doigt, nous déterminions des contractions tétaniques qui, en quelques instants, remontaient jusqu'au tronc, et produisaient un sentiment d'anxiété et des douleurs extrêmement pénibles. L'effet magnétique pouvait se localiser à un groupe musculaire, ou même à un seul muscle, si on réduisait le contact au bout du doigt; nous avons pu ainsi contracturer l'adducteur du petit doigt, un masséter, un élévateur de l'aile du nez, un orbiculaire, etc., nous n'avons eu que cette seule fois l'occasion de constater par nous-mêmes des phénomènes magnétiques; il est certain que le contact le plus léger d'une partie quelconque des téguments de la malade, avec quelques millimètres de la peau du bout de mon doigt, non isolée par un gant, déterminait des phénomènes absolument semblables à ceux qu'aurait produits une machine d'induction puissante; ils différaient cependant des phénomènes électriques, car, tandis que ceux-ci cessent aussitôt que l'application des pôles cesse elle-même, les phénomènes magnétiques, après avoir déterminé de la contracture musculaire et avoir catalepsié le membre touché, augmentaient après la cessation de tout contact; les muscles tétanisés par le contact devenaient eux-mêmes les agents excitateurs d'autres groupes musculaires; l'action, au lieu de s'épuiser, augmentait.

» Il est difficile de croire à la réalité de ces phénomènes bizarres, quand on ne les a pas contrôlés par soi-même; cependant la description toute scientifique que je viens d'en donner, ne permet pas le doute. Il est inutile de dire que la

simulation de contractures localisées non seulement dans un groupe musculaire, mais dans un muscle, est absolument impossible.

» Au point de vue du phénomène catalepsie, nous voulons faire remarquer ici, qu'il était réduit à l'aptitude que le membre déplacé avait de conserver la position qu'on lui avait artificiellement imposée : la passivité musculaire était remplacée par des contractions tétaniques, par une véritable contracture qui durait autant que le déplacement du membre; aussi, les masses musculaires au lieu d'être molles, étaient-elles dures; les membres au lieu d'avoir la consistance de la cire, avaient la résistance du bois[1]. »

Nous pensons par ces quelques observations, que nous aurions pu facilement multiplier, avoir montré que les récits des auteurs sont d'accord avec les faits que nous avons observés et que la distinction établie entre la *catalepsie véritable* et *l'état cataleptiforme* de la léthargie, peut jeter quelque lumière dans ces questions encore si obscures.

1. Henri Henrot, *Notes de Clinique médicale*, année 1878, Reims, p. 26.

CHAPITRE VIII

VARIÉTÉS PAR IMMIXTION DE PHÉNOMÈNES CATALEPTIQUES. ATTAQUE DE CATALEPSIE

L'hystérie et la catalepsie sont-elles deux névroses distinctes? Bourdin et M. Briquet n'hésitent pas à répondre par l'affirmative, et ils appuient leur opinion sur le fait de la plus grande fréquence de la catalepsie chez l'homme, pendant que l'hystérie ne se rencontre guère que chez la femme. M. Briquet donne des chiffres. Il admet toutefois que ces deux affections n'en ont pas moins entre elles une certaine affinité.

Aujourd'hui que l'hystérie est mieux connue, l'argument de Bourdin et de M. Briquet perd beaucoup de sa valeur. Il est établi que l'existence de la grande névrose chez le sexe fort est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'admettait autrefois, et la plupart des exemples de catalepsie soi-disant essentielle, que les auteurs nous ont laissés, n'étaient très vraisemblablement que des manifestations hystériques dont la véritable nature était méconnue. — Une observation que nous rapportons plus loin (Obs. LXXXV) vient à l'appui de cette manière de voir. Le jeune homme qui en fait l'objet, ne présentait pas d'attaques convulsives; les seules crises étaient des crises de catalepsie, et c'est sur tout un cortège de symptômes étrangers aux attaques que l'hystérie a pu être diagnostiquée.

Puel voit également dans la catalepsie et dans l'hystérie deux maladies complètement distinctes, qui peuvent se compliquer quelquefois, mais qui ne se confondent jamais.

Quelques auteurs au contraire ont pensé que non seulement l'hystérie était une complication de la catalepsie, mais que ces deux affec-

tions ne formaient qu'une seule et même maladie ayant deux manières d'être, deux formes symptomatiques. Georget[1] partageait cette opinion et s'autorisait du témoignage de Lieutaud, qui avait eu cette idée avant lui.

M. Lasègue, contre l'argument de M. Briquet, fait remarquer que la catalepsie longue, à accès illimités, ne s'observe que chez les hystériques. « Cette loi absolue, dit-il, qui n'a jusqu'ici souffert aucune contradiction, a été signalée sans qu'on songeât à profiter des enseignements qu'elle renferme. »

M. Espanet ajoute que la ténacité du mal, de un à huit ans, se voit chez les femmes seules.

Enfin, la facilité de production des phénomènes cataleptiques chez les hystériques est une preuve de plus en faveur des liens de parenté qui existent entre les deux névroses.

En résumé, la question nous semble devoir être difficilement résolue d'une façon péremptoire.

« Les faits, dit Falret[2] dans son Mémoire sur la catalepsie, sont le plus souvent disparates, ne se ressemblent en quelque sorte que par un seul point, la raideur cataleptique, et diffèrent les uns des autres par l'ensemble de leurs symptômes et par leur marche. On se trouve ainsi en présence d'un symptôme et non d'une maladie. L'état cataleptique se produit, en effet, dans des conditions très diverses; on le voit fréquemment accompagner les attaques d'hystérie et figurer dans cette maladie à titre de complication; il survient de temps en temps chez les aliénés, chez les maniaques, aussi bien que chez les mélancoliques, etc.

» Elle peut exister avec ou sans perte de connaissance; elle est quelquefois le symptôme précurseur d'une maladie plus grave, telle que l'apoplexie ou l'épilepsie, ainsi qu'il en existe des exemples dans la science; enfin, elle est très souvent *compliquée d'extase ou de somnambulisme*, c'est-à-dire qu'au lieu d'être accompagnée de la suspension des facultés intellectuelles, elle coïncide avec une grande activité intérieure de ces facultés. »

La catalepsie essentielle, dégagée de tout élément étranger, est donc pour le moins fort rare.

Quoi qu'il en soit, il ne nous paraît pas indispensable pour la com-

1. « Nous pensons que la catalepsie et l'hystérie ont le même siège, sont produites par le même genre de causes, nécessitent le même ordre de traitement que les différences qu'elles présentent ne sont que dans leurs formes. » (Georget, *Dict. de méd.*)

2. Falret, *De la catalepsie, Archives gén. de médecine*, 1857 ; 5e série, t. X, p. 206.

préhension du plus grand nombre des faits, de croire à une identité de nature entre la catalepsie et l'hystérie.

Il nous suffit de savoir que le symptôme cataleptique se rencontre dans un grand nombre d'affections nerveuses diverses; le cerveau, impressionné d'une certaine façon, peut donner lieu à des signes cataleptiques, sans que pour cela il soit nécessaire de faire intervenir la névrose catalepsie, de même que les accidents épileptiformes existent en dehors de l'épilepsie vraie. Et, bien que la chose soit loin d'avoir le même intérêt pratique, et que la preuve n'en puisse être aussi solidement établie, il nous semble rationnel d'admettre l'hystéro-catalepsie sans catalepsie vraie, de même que nous avons prouvé que dans l'hystéro-épilepsie il n'y a rien de l'épilepsie véritable.

Je ferai la même remarque au sujet du somnambulisme hystérique.

Les attaques de catalepsie hystérique sont le plus souvent précédées de prodromes semblables à ceux de l'attaque d'hystérie : épigastralgie, globe montant à la gorge, palpitations, sifflements dans les oreilles, douleurs de tête, etc.

D'après Bourdin[1], « les accès d'hystérie se combinent avec les accès cataleptiques de deux manières : ou bien l'attaque générale débute par des mouvements convulsifs qui sont remplacés immédiatement par une immobilité absolue, ou bien la rigidité cataleptique se montre la première pour faire place aux accidents hystériques. »

Espanet ajoute un troisième mode de combinaison : les attaques convulsives et de rigidité alternent et se confondent, une moitié du corps étant en catalepsie, l'autre moitié pouvant se livrer à des mouvements désordonnés.

Nos observations d'hémicatalepsie et d'hémiléthargie provoquées chez un même sujet (voir plus loin au chapitre de l'hypnotisme) facilitent la compréhension de ce dernier mode de combinaison qui de prime abord peut paraître étrange.

Nous étudierons successivement les cas dans lesquels :

a) La catalepsie complique les attitudes passionnelles de la troisième période de l'attaque hystéro-épileptique;

b) Les accès de catalepsie sont accompagnés de phénomènes appartenant aux diverses périodes de l'attaque hystéro-épileptique;

c) La catalepsie apparaît sous forme d'accès distincts chez une malade qui, d'autre part, a des attaques convulsives ou simplement d'autres signes d'hystérie.

1. Bourdin, *Traité de la catalepsie*, p. 71.

a) LA CATALEPSIE COMPLIQUE LES ATTITUDES PASSIONNELLES

Les affinités qui existent entre l'hallucination et l'état cataleptique des muscles seront mises en lumière plus loin dans l'étude que nous ferons de la catalepsie hystérique provoquée. — Nous verrons avec quelle facilité il est possible de donner des hallucinations au sujet plongé dans cet état nerveux spécial.

Pour le moment, l'étude de certaines variétés de la grande attaque hystérique nous montrera dans une même phase la réunion des attitudes passionnelles et de l'état cataleptique.

Math... dont nous avons déjà parlé, offre ce singulier mélange. La grande attaque se déroule comme à l'ordinaire, débutant par la période épileptoïde, suivie de la période des contorsions et des grands mouvements, puis de la période des attitudes passionnelles qui présentent les particularités suivantes. Les « poses plastiques » que prend la malade sous l'empire d'hallucinations variées peuvent être modifiées par l'observateur, et le membre déplacé conserve la nouvelle attitude qui vient de lui être imprimée. En un mot les muscles présentent l'état cataleptique. Il s'y joint quelquefois d'autres phénomènes d'ordinaire étrangers à la grande attaque, tels que la persistance partielle des sens, et la possibilité qui en résulte d'entrer en conversation avec le sujet en attaque et de lui faire décrire ses hallucinations au fur et à mesure qu'elles se développent spontanément. Nous verrons plus loin que cette persistance partielle des sens et cette possibilité de communiquer avec le sujet en expérience comptent parmi les attributs de l'état cataleptique provoqué.

Math. (10 juillet 1879). A des attaques convulsives depuis le matin. Au moment de la visite, elle est dans un état cataleptique qui dure depuis une heure environ. Nous la trouvons étendue sur le dos, le visage impassible, les yeux ouverts, les pupilles dirigées en haut. Les membres gardent les diverses attitudes qu'on leur communique.

L'insensibilité à la piqûre est complète dans tout le côté gauche. Au côté droit, elle fait à chaque piqûre un léger mouvement qui indique que la sensibilité n'est pas complètement abolie de ce côté. La conjonctive est sensible à droite, insensible à gauche. En plaçant le doigt près de la pupille et bien en face, l'œil droit, au bout de peu d'instants, suit les divers mouvements du doigt, en haut, en bas, à droite ou à gauche. L'œil gauche au contraire demeure toujours immobile. L'expérience est répétée plusieurs fois sur chacun des deux yeux en maintenant l'autre fermé et a toujours donné le même résultat. Quand les deux yeux sont ouverts, on voit que l'œil gauche suit tous les mouvements de l'œil droit. — Le flacon d'ammoniaque est senti à droite. La poudre de coloquinte est sentie sur la moitié droite de la langue. En lui parlant fortement à

l'oreille gauche, Math... demeure toujours impassible; à l'oreille droite, au contraire, elle fait de très légers signes d'intelligence qui indiquent que la connaissance persiste à un certain degré. « Entendez-vous? » — Elle fait un léger signe affirmatif. « Pouvez-vous remuer? » — Léger signe négatif. « Souffrez-vous? » — Léger signe affirmatif. « Où souffrez-vous? » — Elle abaisse péniblement son bras droit en le dirigeant vers le ventre. « Remuez les membres? » — Elle fait faire quelques mouvements pénibles à son bras et à sa jambe droite. Ces deux membres gardent cependant les attitudes cataleptiques aussi bien que ceux de l'autre côté, et sans qu'il s'agisse ici de ce que Henrot a appelé la catalepsie synergique. On lui lève les deux jambes en l'air. « Savez-vous où sont vos jambes? » — Elle élève légèrement les épaules en signe de doute. L'occlusion des yeux ne modifie en rien l'état cataleptique.

Nous la laissons quelques instants les deux bras et les deux jambes levés perpendiculairement au lit, pour voir si elle maintiendra longtemps cette situation. Bientôt ses membres se raidissent, et il éclate une attaque bien curieuse à observer à cause de la physionomie spéciale de la 3e période.

Description de l'attaque.

Première période. — Début par les grands mouvements cloniques des membres, accompagnés de petits cris entrecoupés, et d'une convulsion des muscles de la face qui rappelle le pleurer à chaudes larmes; congestion de la face; les bras s'élèvent et se contournent en s'abaissant; les jambes se fléchissent et s'étendent; le tronc s'incurve en divers sens. Tantôt la malade se trouve ramassée en boule, tantôt elle se tourne sur le ventre et demeure dans l'extension forcée. Le tétanisme se passe dans une de ces attitudes que la malade garde immobile pendant un temps fort appréciable et qui sont marquées par une contracture extrême et généralisée, par la congestion extrême de la face, et la suspension de la respiration; il n'y a pas d'écume.

Suivent bientôt les mouvements cloniques qui s'exécutent dans tous les membres; d'abord de peu d'amplitude, ils augmentent peu à peu d'étendue pour se terminer par des secousses.

La résolution musculaire arrive, il n'y a pas à proprement parler de stertor. Ce calme dure fort peu de temps.

Deuxième période. — Contorsions. Arc de cercle. Grands mouvements. Imitation du chemin de fer et cris (déjà décrits p. 85). Réveillée pendant cette deuxième période, elle n'a conscience de rien. Et cependant il semble que ses mouvements soient une imitation voulue du chemin de fer. — Les mouvements se passent surtout du côté droit, où ils ont beaucoup plus d'étendue.

Troisième période. — Puis Math... demeure immobile, le visage souriant, les bras diversement placés, assise sur son lit ou couchée. Elle est dans un état cataleptique semblable à celui décrit au début. On la réveille brusquement. Elle paraît désappointée, « oh! c'était si joli!... » dit-elle. Elle voyait un château magnifique avec des couleurs, des boules brillantes, des fleurs superbes, et habité par une foule d'hommes en habit de soie et de toutes sortes de couleurs. Dans une autre attaque de la même série, elle voyait le ciel! les anges, bleus, rouges, blancs! des boules brillantes! des étoiles!... Une autre fois, son visage exprimait la terreur et le dégoût. — On la réveille alors, et elle s'écrie : « Oh! tant mieux! vous avez bien fait. » Elle était en enfer, voyait le diable et des boules de feu.

Une autre fois encore, elle voyait des oiseaux de toutes les couleurs, des

fleurs splendides... A peine réveillée, on lui demande si elle les voit encore : elle regarde au plafond : « Oui, elles sont encore là! mais elles pâlissent... Je ne les vois plus. »

Pendant cette troisième période, la persistance partielle des sens lui permet de répondre aux questions qu'on lui adresse et elle peut ainsi raconter la vision qui occupe son esprit. Dans les instants où son visage paraît impassible, ce qui arrive parfois, elle dit très bien qu'elle ne voit rien. C'est alors l'état cataleptique sans hallucination.

L'on voit combien la troisième période de l'attaque offre ici de ressemblances avec les expériences d'hallucinations provoquées pendant l'hypnotisme. L'état de la malade est certainement le même, et la seule différence réside dans la cause de l'hallucination, qui, provoquée d'un côté, se produit spontanément de l'autre.

Le bruit du gong demeure sans effet pendant les deux premières périodes de l'attaque; pendant la troisième, il modifie l'attitude cataleptique.

L'occlusion des yeux ne modifie en rien l'attitude cataleptique. Mais j'ajouterai que la même chose existe dans la catalepsie provoquée chez cette malade, qui s'éloigne par là du type que nous avons décrit. (Voy. plus loin au chap. *Hypnotisme.*)

En résumé, nous voyons ici l'attitude passionnelle remplacée par une attitude cataleptique avec hallucination gaie ou triste, sans perte complète de connaissance, avec persistance partielle des sens, et sans transformation possible en léthargie.

17 juillet. — Math... a eu des attaques cette nuit. Depuis ce matin, elle est prise de secousses des membres et du ventre. Pendant que nous sommes près d'elle, les secousses se précipitent et les attaques surviennent :

1° *Période épileptoïde.* Les grands mouvements de circumduction de la phase tonique sont très marqués.

2° *Période des grands mouvements.* Imitation du chemin de fer déjà décrite.

3° *Attitudes passionnelles compliquées de catalepsie.* Les attitudes gaies ou tristes se succèdent tour à tour. L'insensibilité à la piqûre est générale et complète. La sensibilité spéciale persiste à un certain degré, à droite; de l'œil droit, le regard suit le doigt. La malade se retire sous l'influence du flacon d'ammoniaque placé sous la narine droite.

Une fois réveillée par la pression ovarienne, la malade est plongée par la fixité du regard dans un sommeil dont voici les caractères :

Que les yeux soient ouverts ou fermés les signes ne changent pas.

Il existe un état cataleptique de tous les muscles que la friction ne fait point cesser. La malade conserve pendant longtemps des attitudes pénibles à garder.

L'anesthésie est générale et complète; elle intéresse la sensibilité générale aussi bien que tous les sens. L'œil droit ne suit plus le doigt, et la malade ne se retire plus lorsqu'on approche le flacon d'ammoniaque de ses narines.

L'hyperexcitabilité musculaire existe. — On contracture par la pression les muscles des bras. A la face on contracture les masséters. Les autres muscles de la face sont peu excitables. Ces contractures provoquées cèdent à la friction.

Frémissement continu des paupières.

Les caractères de l'état cataleptique qui accompagne les attitudes passion-

nelles se sont un peu modifiés par la suite. Il est devenu en quelque sorte plus profond. Sans que les apparences en soient changées, je trouve noté, à la date du 16 octobre, que les sens étaient complètement abolis, et le bruit violent du gong ne modifiait plus l'attitude cataleptique.

16 octobre 1879. — Les grandes attaques que nous observons, ce matin, chezMath... présentent les particularités suivantes :

La *période épileptoïde* n'est pas constante. L'attaque débute parfois par les phénomènes de la deuxième période. Quand elle existe, la période épileptoïde revêt les caractères consignés plus haut.

La *deuxième période* se reproduit toujours semblable à celles que nous avons observées. C'est le « chemin de fer ».

La *troisième période ou période des attitudes passionnelles* est fort longue. Deux hallucinations se reproduisent presque invariablement, l'une terrible, l'autre agréable. Dans l'ordre triste, elle voit une grosse tête avec des cornes et de gros yeux. Dans l'ordre gai, elle prend une attitude qui se rapproche de l'extase, et on l'entend dire d'une voix pleine d'admiration : « Ah! qu'elle est belle! »

Dans ces diverses attitudes nous constatons les caractères suivants :

Aptitude des membres et de tout le corps à conserver les positions communiquées (catalepsie). La catalepsie s'accompagne de raideur manifeste. Les yeux sont toujours ouverts, pas de clignotement des paupières. (Dans des observations précédentes, nous n'avons aucunement modifié cet état en abaissant les paupières et en maintenant, quelques instants, les yeux fermés.) Par la friction des muscles, les attitudes cataleptiques ne varient pas.

Il n'y a pas d'*hyperexcitabilité musculaire*, c'est-à-dire que l'excitation mécanique n'amène pas la contracture permanente du muscle sur lequel elle est portée.

L'anesthésie cutanée est totale.

La conjonctive oculaire conserve un peu de sensibilité. Quand on la touche du bout du doigt, les paupières clignent et se ferment.

La vue paraît perdue.

Un flacon d'ammoniaque placé sous l'une ou l'autre narine ne modifie en aucune façon l'attitude de la malade. Cependant les yeux se remplissent de larmes.

Un bruit violent du gong demeure sans résultat. Sous l'influence de ce bruit la malade, quand elle a sa connaissance, tombe en catalepsie.

La pression ovarienne la réveille.

Les relations qui peuvent exister entre la catalepsie et la grande attaque hystérique sont également bien démontrées par l'intéressante observation que je dois à l'obligeance du D[r] Laurent Faucon et publiée plus loin in extenso (Obs. LXXXVII). Il s'agit d'une malade qui eut à plusieurs reprises de longues crises de catalepsie durant plusieurs jours et sur lesquelles se greffaient en quelque sorte d'autres crises hystériques telles que des accès épileptoïdes isolés, des crises de délire, voire même des attaques plus complètes composées de trois périodes, précédées des phénomènes ordinaires de l'aura : période épileptoïde, pé-

riode des attitudes passionnelles, période terminale. Dans ce dernier cas la période des attitudes passionnelles empruntait à la persistance de l'état cataleptique une physionomie spéciale se rapprochant beaucoup de ce que nous avons observé chez Math... — La malade du Dr Laurent Faucon présentait également des attaques de grande hystérie sans mélange de catalepsie. Il est à remarquer que le souvenir des hallucinations persistait à la suite des attaques sans catalepsie, tandis que, lorsque la catalepsie existait, toute trace des hallucinations, qui avaient existé pendant sa durée, disparaissait avec elle.

En résumé, des faits bien observés comme ceux que je viens de rapporter sont pleins d'enseignements. Ils nous permettent de rendre à certaines observations de catalepsie rapportée par les auteurs leur signification véritable en les rattachant à la grande névrose. Il me suffira d'en citer un exemple et de rappeler ici l'observation de Tissot consignée plus loin (Obs. CXXIV). Il s'agit, d'après cet auteur, d'un cas de catalepsie qu'il convient, suivant nous, de considérer comme un cas de grande hystérie dans lequel les attitudes passionnelles de l'attaque se compliquèrent de catalepsie. Il y est dit d'ailleurs que les accès de catalepsie succédaient toujours aux crises hystériques (suffocation, convulsions violentes) et qu'ils s'accompagnaient souvent de rêves et de délire.

EXTASE CALEPTIQUE

L'étude des cas qui précèdent nous conduit tout naturellement à l'examen des faits décrits par les auteurs sous le nom d'extases cataleptiques.

Nous trouvons là réunis, comme dans les observations que nous venons de rapporter, et la plupart des caractères de l'attitude passionnelle, et les attributs de l'état cataleptique.

L'attitude est expressive et il existe des hallucinations dont la malade conserve le souvenir.

« La plupart des personnes, dit Brierre de Boismont, qui ont éprouvé des extases cataleptiques, lorsque l'accès est passé, racontent les joies ineffables qu'elles ont goûtées, les fantômes effrayants qu'elles ont contemplés, les visions divines, les unions angéliques dont elles ont été les témoins[1]. »

De plus les membres sont le siège d'un état cataleptique dont l'intensité varie. Au premier degré, les membres sont souples et conservent

1. Brierre de Boismont, *loc. cit.* (p. 307).

les attitudes variées qu'on leur communique. A un degré un peu plus intense, les membres, tout en étant susceptibles d'être déplacés, sont affectés d'une raideur plus ou moins accusée. Enfin, dans certains cas, qu'il est rationnel de considérer comme le degré le plus intense de l'état cataleptique, la raideur est telle que le déplacement des membres n'est plus possible. J'ajouterai que l'aptitude des membres à conserver les attitudes communiquées est un symptôme qui doit être cherché, et que, dans la plupart des observations d'extase cataleptique, les auteurs se sont contentés de signaler l'immobilité de tout le corps dans une attitude donnée.

Je citerai, comme exemple, les quelques observations suivantes.

Observation XXXIV. — Une jeune personne de treize ans, qui demeurait dans le village de Saint-Sébastien, près d'Alais, fut affligée, pendant près de deux mois, de la maladie suivante : elle resta assise durant tout ce temps, le jour et la nuit, sans parler et sans donner le moindre signe de vie. Elle mangeait très peu, aussi était-elle extrêmement maigre, froide et presque sans pouls. D'une minute à l'autre elle étendait ses bras en forme de croix, et s'écriait en langue vulgaire : Jean, Jean, ouvre-moi les portes du paradis. Elle criait ensuite une minute, posait ses mains sur ses genoux, restait tranquille durant deux minutes, après quoi elle recommençait le même manège. Ses bras étaient raides lorsqu'elle les étendait; mais les doigts étaient flexibles et ne conservaient point les positions imprimées. Les paysans du lieu attribuaient cette maladie à un charme[1].

Observation XXXV. — Une jeune fille, d'une piété austère, était prise chaque fois qu'elle assistait à la messe et lors de l'élévation du calice, d'un état d'extase cataleptiforme[2].

Observation XXXVI. — Dans des circonstances plus rares, dit Jaccoud au sujet de la description de l'attaque hystérique, la convulsion fait place à un état *d'extase*, ou à une *syncope*, qui se prolonge assez longtemps pour simuler la mort réelle; ces phénomènes surviennent aussi sans convulsions antérieures (Dugès, Brachet), et ils peuvent donner lieu à une redoutable erreur (Vésale); il n'est pas rare que l'extase coïncide avec l'état cataleptique du système musculaire; j'ai observé dans le service de mon regretté maître, Nat. Guillot, une hystérique qui durant un séjour de plusieurs mois à l'hôpital n'a pas présenté une seule attaque convulsive : mais deux ou trois fois la semaine, elle tombait dans un état d'extase avec catalepsie qui se prolongeait au moins pendant quatre heures; à la suite d'un de ces accès, cette femme mourut subitement, et l'autopsie faite par nous avec le plus grand soin, ne révéla aucune lésion appréciable du système nerveux; Nat. Guillot me disait avoir observé deux autres cas semblables[3].

1. Cette malade a été observée par M. Privat en 1758 (Favrot, *loc. cit.*, p. 67).
2. Malade observée par M. Jolly, membre de l'Académie de médecine (Favrot, *loc. cit.*, p. 67.)
3. *Traité de athologie interne*, par S. Jaccoud, Paris 1870, t. Ier, p. 406.

La réunion de l'extase et de la catalepsie a été si souvent signalée que ce ne peut être là le fait d'une simple coïncidence. M. Delasiauve a déjà tenté de rattacher à un même trouble cérébral deux états nerveux si opposés en apparence[1]. Pour le moment, sans chercher à résoudre le problème physiologique que soulève cette réunion des hallucinations de l'extase et de l'état cataleptique, nous nous contentons d'apporter à la question quelques éléments nouveaux en rapprochant des faits d'extase cataleptique des auteurs, les observations qui précèdent et les expériences rapportées plus loin, dans lesquelles nous verrons, sous l'influence de pratiques hypnotiques variées, l'état cataleptique et les hallucinations alterner chez un même sujet.

Pour nous, l'extase cataleptique doit être considérée comme une « attitude passionnelle » compliquée de catalepsie.

b) LES ACCÈS DE CATALEPSIE SONT ACCOMPAGNÉS DE PHÉNOMÈNES APPARTENANT AUX DIVERSES PÉRIODES DE L'ATTAQUE HYSTÉRO-ÉPILEPTIQUE

Dans le plus grand nombre des cas, l'accès de catalepsie hystérique précédée de prodromes analogues à ceux de la grande attaque est marqué à son début par des signes épileptoïdes.

« En général, dit M. Briquet, après les prodromes, une vive rougeur monte à la figure, une sorte de raideur tétanique parcourt tout le corps en un instant; puis il survient un léger trouble dans la respiration qui devient lente et profonde; ces phénomènes (qui rappellent la phase épileptoïde) durent une minute au plus et la malade s'endort plus ou moins profondément. »

1. On ne parle guère de l'une qu'on ne parle de l'autre, dit Delasiauve au sujet de l'extase et de la catalepsie, et néanmoins quelle opposition dans les symptômes ! D'un côté contraction violente et soutenue des muscles ; de l'autre, leur inertie due à la diversion de l'influx nerveux : ici, ravissement de la pensée dû à un travail parfois mystique et voluptueux : là, perte de connaissance plus ou moins absolue.

Ce contraste pourrait bien, en somme, ne répondre qu'à des degrés divers de la même modification cérébrale, liée par de nombreux degrés intermédiaires : érétisme léger, résolution des membres et entraînement forcé dans une vague rêverie; éréthisme moyen, élaboration mentale pénible, hallucinations, commencement de roidenr musculaire; éréthisme extrême, abolition des sens, de l'intelligence et rigidité complète. On aurait ainsi l'extase simple, l'extase cataleptique, ou la catalepsie extatique, et la catalepsie. L'observation ne dément point cette distinction qui, quoique hypothétique, jette une vive clarté sur ces cas obscurs, et pourrait bien avoir pour elle la vérité. (*Ann. Sociét. méd.psych.*, 1858, p. 227.)

Nous voyons, dans d'autres cas, les signes de la grande attaque acquérir une plus grande importance. Et il semble que, dans le cours d'une attaque régulière, la catalepsie puisse se substituer à une ou à plusieurs des périodes que nous avons décrites et plus particulièrement aux deux dernières, auxquelles elle se rattache par des affinités déjà signalées.

Chez une de nos malades B..., j'ai observé plusieurs fois un état cataleptique manifeste inaugurer la grande attaque hystéro-épileptique. Les yeux grands ouverts fixaient un point dans l'espace, elle était immobile et ses membres non rigides conservaient les attitudes communiquées; au bout de peu d'instants, quelques secousses, d'abord éloignées, se rapprochaient de plus en plus; puis survenait le tétanisme de la période épileptoïde.

Dans la relation d'une attaque d'hystérie compliquée de catalepsie, rapportée par M. Mesnet[1], on voit la catalepsie survenir à la suite des contorsions de la deuxième période, et remplacer en quelque sorte les attitudes de la troisième période.

L'attaque se termine par quelques convulsions.

Le 15. On observe pour la première fois de la catalepsie; voici ce qui se passa : Après un violent accès d'hystérie pendant lequel l'énergie des mouvements musculaires avait été telle que *le corps plié en arc reposait sur le lit par la tête et l'extrémité des orteils*, madame X... retomba sur son lit dans un état de résolution complète; le pouls était calme, battait 80 fois par minute, la respiration régulière, le visage sans expression, les yeux fermés; le bras droit, qu'on avait pris pour tâter le pouls, resta levé; je fis alors asseoir la malade, je soulevai les membres inférieurs, ils conservèrent la position qu'on leur avait donnée, et madame X..., ne reposant plus que sur les ischions, se maintint dans cette position fatigante sans qu'aucun des muscles du visage se contractât et accusât la moindre douleur. Cet état dura un quart d'heure environ; il cessa comme il avait commencé, par un grand cri, auquel succédèrent les mouvements spasmodiques du larynx et du pharynx; puis, après deux minutes de convulsions pendant lesquelles la malade écartait ses vêtements et semblait vouloir écarter un obstacle qui s'opposait à l'entrée de l'air dans sa poitrine, elle revint complètement à elle, nous parla quelques instants, pour retomber encore dans un accès d'hystérie.

Une observation fort intéressante, citée par Bourdin[2], montre un accès de catalepsie hystérique précédé de prodromes céphaliques fort

1. *Études sur le somnambulisme*, par le Dr Mesnet (Extrait des *Archives générales de médecine*, n° de février 1860).

2. Bourdin, *De la Catalepsie*, observation XXI, Élisabeth Delvigne, âgée de vingt-cinq ans. (Dionis, *Dissertation sur la Catalepsie*, 1718, p. 45.)

nets, se terminant par des attitudes qui rappellent les attitudes passionnelles de la troisième période.

OBSERVATION XXXVII. — *Accès de catalepsie hystérique se terminant par des attitudes avec hallucinations probables rappelant la 3e période de la grande attaque. La légèreté des membres est signalée comme un des attributs de l'état cataleptique.*

Élisabeth Delvigne, âgée de vingt-cinq ans, fut attaquée le 6 mai 1709, d'une maladie extraordinaire et surprenante, qui fut regardée comme une catalepsie...

Cette fille est très délicate, assez agréable de visage, mais un peu contrefaite dans la taille; elle a toujours vécu d'une manière fort réglée et n'a jamais songé à se marier; elle était d'une piété exemplaire.

Suppression des règles en novembre 1708. A la suite, douleur de tête, mal de gorge, et fluxion de poitrine quelque temps après. Saignée après laquelle elle s'évanouit.

Après être revenue, elle eut des rêveries extraordinaires; elle crut être poursuivie par des voleurs, des bêtes féroces, etc. Le délire continua jusqu'au dimanche, jour où elle eut un accès de catalepsie pour la première fois.

Les cinq premiers accès passèrent inaperçus : mais, au sixième accès, l'ayant vue les yeux ouverts et fixes, ne parlant point, étant sans mouvement et sans sentiment, on la crut morte. Elle ne revint qu'à cinq heures du soir qui était l'heure réglée où finissait l'accès.

Le lendemain on fut attentif à examiner comment les choses se passaient.

« Quelques minutes avant une heure de l'après-midi, elle se frotta le front avec sa main, et, peu de temps après, elle tomba dans l'accès qui dura jusqu'à cinq heures. Un moment avant qu'il finît, elle passa plusieurs fois sa main sur son front, ce qu'elle faisait dans tous les accès, de sorte que quand elle portait sa main à son front, c'étaient les signaux du commencement et de la fin de chaque accès.

» Quand elle fut hors de l'accès, on lui demanda pourquoi elle se touchait le front pour le frotter dans le temps que l'accès approchait, elle répondit qu'il lui semblait qu'il lui passait une rivière dans la tête et qu'*elle y entendait un bruissement qui l'obligeait d'y porter la main.*

» Tous les jours l'accès commençait à une heure et finissait à cinq. Lorsqu'elle y était, elle avait les yeux fixes, les paupières ouvertes et immobiles, elle ne faisait aucun mouvement que ceux qu'on lui faisait faire; toutes les parties de son corps étaient insensibles, on la pinçait, on lui fourrait des épingles et des aiguilles dans les bras et les jambes, sans qu'elle donnât aucun signe de douleur; il n'y avait que le pouls qui, en continuant ses battements ordinaires, faisait voir qu'elle n'était pas morte.

» Si on lui ployait un doigt ou plusieurs, ils restaient dans l'état où on les mettait; si on les tendait, c'était la même chose. Mais ce qui a été le plus grand sujet d'admiration et d'étonnement, c'est la légèreté que l'on trouvait dans toutes les parties de son corps lorsqu'on la soulevait; en lui élevant un bras, il paraissait léger comme une plume, et il demeurait dans la situation où on l'avait mis; si on soulevait l'autre, il y demeurait aussi. Quand on la levait sur

son séant, elle y demeurait; quand on ne la levait qu'à demi, elle y demeurait aussi; enfin on la remuait avec une légèreté et une facilité étonnantes.

» On la leva en chemise, elle demeura debout; on lui souleva un pied, elle resta droite sur l'autre; on la pencha de tous côtés, et elle demeura toujours dans la position qu'on lui imprimait.

» A la fin de ses accès, *elle semblait écrire avec son doigt sur la couverture le nom de Dieu, ou bien elle prenait les bords de son drap, les portait à son menton, comme si elle eût reçu la sainte communion. Tantôt enfin elle faisait un cercle sur sa tête comme si on eût dû la couronner.* Tous ces signes faisaient dire au peuple que c'était une sainte, et que tout ce qui se passait ne pouvait se faire sans miracle. »

Dans la crise elle avait les dents tellement serrées qu'on ne pouvait pas les ouvrir; lorsqu'elle en était sortie, on avait de la peine à lui faire prendre de la nourriture, elle avalait avec difficulté.

Elle était trois à quatre jours sans uriner; on a même été obligé de la sonder.

On observait quelquefois, à la fin de son accès, un tétanos.

Après huit mois de suppression, les règles revinrent en telle abondance que son matelas en fut traversé. Elle vomit aussi beaucoup de sang, et ne s'en trouva pas plus faible.

Le lendemain l'accès revint à la même heure, mais sa durée fut moitié moindre et ce fut le dernier.

Dans l'observation suivante, empruntée à Rosenthal, la catalepsie précédait les hallucinations et le délire caractéristiques des deux dernières périodes de l'attaque.

Observation XXXVIII. — *Attaques de catalepsie hystériques avec flexibilité cireuse se terminant par un délire avec hallucinations.*

Une jeune fille nerveuse de dix-neuf ans, ayant éprouvé une vive frayeur, est prise bientôt après de crampes générales intenses, se reproduisant d'abord plusieurs fois par jour, puis régulièrement toutes les deux nuits presque à la même heure. Les prodromes de l'attaque consistaient en palpitations cardiaques, oppression, hoquet; celui-ci, quand on n'intervenait pas, durait plusieurs heures; une demi-heure environ avant le début de l'attaque survenait de l'engourdissement des doigts et des orteils. En examinant la malade peu de temps après l'attaque, on constatait une *anesthésie et une analgésie complètes de toute la surface du corps et de tous les organes*, avec abolition de l'ouïe et de l'odorat.

Si l'on pratiquait une injection sous-cutanée de 0gr,03 de morphine dès l'apparition du hoquet, il s'arrêtait; 10 ou 15 minutes plus tard survenaient de la perte de connaissance, des convulsions épileptiformes, souvent entrecoupées de hoquets, et se terminant par un *état cataleptique* (avec *flexibilité cireuse* très marquée). Ces attaques aboutissaient (mais pas chaque fois) à un *délire tout particulier*, pendant lequel la malade, les yeux fermés, causait avec son père qu'elle avait perdu depuis plusieurs mois (souvent elle prenait ma main pour celle de son père), elle lui racontait (en citant les noms, les dates et les chiffres), et quelquefois sur un ton ironique, les événements survenus depuis lors dans la famille. De temps en temps ces rêves bizarres, cette

seconde vie était interrompue par des scènes pénibles; la malade poussait des cris désespérés, se voyant au milieu d'un incendie, ou bien elle se voyait entourée d'ennemis. Vers la fin de l'attaque survenaient du hoquet et de légères secousses, puis la malade se réveillait, et montrait un grand embarras quand on lui répétait tout ce qu'elle venait de dire.

L'anesthésie et l'analgésie persistaient pendant une demi-journée ou un jour après l'attaque; quand elle ne suivait pas ses mouvements du regard, ou quand elle avait les yeux fermés, comme il lui arrivait souvent par suite d'un spasme des deux orbiculaires, la malade était condamnée à un repos absolu; elle ne pouvait exécuter les mouvements qu'elle désirait, que lorsqu'elle était en état de diriger ses yeux vers ses membres. A la suite de fortes attaques, la flexibilité cireuse persistait encore après le retour de la motilité[1].

Favrot d'après Tissot, rapporte une observation qui mérite d'être consignée ici. Bien que la malade qui en fait le sujet n'ait pas présenté d'autres signes d'hystérie (du moins il n'en est pas parlé), les accidents singuliers qu'on observa paraissent se rattacher à la grande névrose. L'accès de catalepsie préparé par les émotions et les tortures morales de la malade, fut suivi d'un accés de délire qui présenta tous les caractères du délire hystérique. On y retrouve les vives préoccupations qui ont agité son esprit. Et, au milieu de l'exubérance de son discours, chaque menace d'attaque vient rompre la suite de ses idées. Nous avons fréquemment observé ce dernier fait chez notre malade Gen... dont les attaques sont parfois suivies d'une longue période délirante.

Observation XXXIX. — *Attaques de catalepsie avec souplesse et légèreté des membres, suivies d'une longue phase délirante pendant laquelle toute menace d'accès interrompait le fil du discours.*

Pendant le carême de 1737, une dame âgée de quarante-cinq ans vint de Vesoul à Besançon pour y solliciter un procès de la dernière conséquence pour elle, et qui, si elle l'eût perdu, eût mis le comble à des malheurs très sensibles qu'elle avait déjà essuyés. Agitée de la plus vive inquiétude, elle ne sortait point ou de chez ceux à qui elle avait affaire, ou des églises pour mettre le ciel dans ses intérêts; on l'y voyait quelquefois allant se prosterner devant tous les autels l'un après l'autre, d'une manière à se faire remarquer de tous les assistants. Elle dormait peu et ne mangeait point, soit parce qu'elle avait perdu l'appétit, soit parce qu'elle se dérobait à elle-même sa subsistance pour faire plus d'aumônes qui lui obtinssent un bon succès.

Elle apprit cependant que l'air du barreau ne lui était pas favorable, et la veille du jour qu'elle devait être jugée, elle tomba vers les cinq heures du soir, dans un état que l'on prit pour une apoplexie, et l'on alla en toute hâte chercher M. Attalin, professeur de médecine à Besançon, qui accourut avec M. Le Vacher, chirurgien des hôpitaux de cette ville, correspondant de l'Académie.

1. *Traité clinique des maladies du système nerveux*, par M. Rosenthal, traduction du Dr Lukanski, Paris, 1878, p. 517.

Ils trouvèrent la dame assise dans un fauteuil, immobile, les yeux fixés en haut et brillants, les paupières ouvertes et sans mouvement, les bras élevés et les mains jointes, comme si elle eût été en extase : son visage, auparavant triste et pâle, était plus fleuri, plus gai, plus gracieux qu'à l'ordinaire : elle avait la respiration libre et égale, les muscles du bas-ventre jouaient avec facilité; son pouls était doux, lent et assez rempli, le même à peu près qu'aux personnes qui dorment tranquillement; ses membres étaient souples, légers, et se laissaient manier en tel sens qu'on voulait, sans faire aucune résistance; mais, et c'était cela qui caractérisait son mal, ils n'étaient que trop obéissants, ils ne sortaient point de la position où on les avait mis. On lui abaissait le menton, sa bouche s'entr'ouvrait et restait ouverte; on lui levait un bras, ensuite l'autre, ils ne retombaient point; on les lui tournait en arrière, et on les élevait si haut que l'homme le plus fort ne les eût pas tenus longtemps dans cette attitude; ils y restaient de même tant qu'on les y laissait. On la mit debout pour faire sur ses jambes les mêmes épreuves, et pour donner aux jambes et aux bras en même temps des attitudes différentes à soutenir; et il est aisé de juger que, non seulement l'envie de connaître et d'approfondir le mal, mais encore une certaine curiosité pour un pareil spectacle, firent imaginer tout ce qu'il y avait de plus bizarre; la malade fut toujours comme une cire molle qui prend successivement toutes les figures que l'on veut et s'en tiendra éternellement à la dernière. M. Attalin dit qu'il croit qu'elle se fût tenue la tête en bas et les pieds en haut. Ce qui est très surprenant, c'est que son corps, quoiqu'on l'inclinât en différentes façons, conservait toujours et constamment un parfait équilibre. Il semblait que la statue de cire se collait par les pieds à ce qui la portait, pour l'empêcher de tomber. Elle paraissait insensible, on la secouait, on la pinçait, on la tourmentait, on lui mettait sous les pieds un réchaud de feu, on lui criait même aux oreilles qu'elle gagnerait son procès; nul signe de vie. C'était une catalepsie parfaite.

M. Attalin fit venir M. Charles, professeur en médecine; la dame fut saignée du pied par M. Le Vacher; ces messieurs allèrent souper et revinrent bien vite à leur malade. Ils la trouvèrent revenue de son accident, qui avait duré trois ou quatre heures, et elle les étonna beaucoup par un discours assez long, bien prononcé, bien lié, où elle faisait une histoire pathétique de ses malheurs, et racontait tous les détails de son procès; le tout accompagné de réflexions morales qui naissaient du sujet, et de prières à Dieu qu'elle n'avait point prises dans les heures, mais qu'elle composait sur le champ.

On commença par la rassurer autant que l'on put aux dépens même de la vérité sur ce fatal procès, qui avait causé tant de ravages dans son âme; ensuite on l'interrogea soigneusement sur tout ce qui s'était passé en elle pendant son accès.

Elle ne voyait rien; quelquefois seulement elle entendait, et même si bien, qu'elle reconnut plusieurs personnes à la voix. Elle ne se souvenait point d'avoir été saignée, mais elle s'en douta quand elle vit la ligature du pied. Le réchaud de feu, qui aurait dû lui faire une impression plus sensible qu'une voix, ne lui en avait fait aucune. Quoiqu'elle eût été fort tourmentée, il ne lui restait point de douleur, ni même de lassitude.

Pendant qu'on s'entretenait avec elle, on s'apercevait que, de temps en temps, elle interrompait son discours; elle en commençait un autre, quoiqu'on lui fît souvenir de quoi il avait été question et à quel point elle en était de-

meurée et cela arrivait toutes les fois qu'une petite menace d'accès avait interrompu son discours. L'idée de ce qu'elle avait encore à dire périssait absolument, et il s'en présentait à elle une autre qu'elle n'était pas maîtresse de refuser.

Au bout d'une heure, l'accès revient dans toute sa force; les accidents cataleptiques furent les mêmes ou peut-être même plus intenses que la première fois. Quand ils eurent finis, la malade, assise dans son fauteuil, se mit à parler pendant une bonne heure et demie sur le ton et dans le style que l'on connaissait déjà; mais enfin les discours sensés se changèrent en extravagances, accompagnées de hurlements affreux, et elle fut attaquée d'une frénésie violente, dont la catalepsie n'avait été que le prélude.

Tous les remèdes que les habiles gens qui la traitaient purent employer pendant trois à quatre jours qu'elle passa encore à Besançon furent inutiles : on la renvoya chez elle à Vesoul, et, ce qui ne surprendra peut-être pas moins que cette maladie, elle est maintenant à Vesoul, en bonne santé, sans avoir eu aucune récidive. Viendra-t-il un temps où ces sortes de phénomènes s'expliqueront[1] ?

L'histoire de la cataleptique de Cochin est remarquable non seulement par la longueur des accès, mais encore, au point de vue plus spécial qui nous occupe ici, par les phénomènes de délire et les hallucinations qui parfois les terminaient.

Voici quelques extraits de cette longue observation.

Observation XL. — *Cystite cantharidienne. — Rétention d'urine. — Pelvi-péritonite chronique. — Suppression des règles. — Phénomènes nerveux hystériformes (anurie, vomissements incoercibles, catalepsie.)* (Obs. recueillie par MM. Seuvres, Léger et P. Berdinel.)

Lecomte (Marie-Elisabeth), âgée de vingt-cinq ans, domestique; entrée le 29 mai 1873, à l'hôpital Cochin, salle Saint-Jacques, lit n° 7.

... Au mois de janvier 1874, on découvre une hémianesthésie gauche des plus manifestes. La vision est plus faible de ce côté.

... En janvier 1875, en outre de l'anesthésie, l'état hystérique de Marie Lecomte se traduisait par une grande bizarrerie de caractère, des névralgies diffuses, des sensations d'étouffement qui prenaient les caractères de la boule hystérique.

Dans les mois suivants se montre l'anurie; et les vomissements, qui avaient déjà paru l'année précédente, redoublent et deviennent quotidiens.

Le 6 avril. — Cette nuit, les règles se sont montrées un peu, et se sont, sans cause appréciable, arrêtées presque aussitôt. A quatre heures du matin, la malade tombe dans un profond sommeil. Dans le décubitus dorsal, la bouche entr'ouverte, la figure calme et presque souriante, la respiration tranquille, régulière et silencieuse, les membres dans la résolution complète, tel est l'état dans lequel on la trouve à la visite du matin. Une forte excitation semble la réveiller; elle ouvre les yeux, mais elle ne paraît point voir et les yeux sont

1. *Œuvres de Tissot*, par Hallé, t. II, p. 10, cité par Favrot, *loc. cit.*, p. 30.

fixes; elle ne peut parler, mais elle répond aux questions qu'on lui adresse par un léger mouvement de tête. L'anesthésie est absolue; le pouls est calme et régulier...

Le 7. Somnolence. Parle peu, raisonnablement. Anesthésie.

Le 8. Assoupissement. On ne parvient pas à réveiller la malade. Le soir les membres ont une raideur presque tétanique; ils gardent la position où on les met.

Le 9. La malade n'a pas remué de la nuit : la catalepsie est parfaite. Les yeux sont ouverts, fixes; les paupières immobiles; les pupilles normalement dilatées et normalement mobiles. Anesthésie absolue de la peau et des muqueuses. L'attouchement de la conjonctive et de la cornée, la titillation de l'épiglotte et de l'entrée du larynx ne sont pas perçus et ne déterminent point de réflexes. Les membres immobiles ont une raideur quasi cadavérique : on ne peut ni les étendre, ni les fléchir qu'avec effort, et ils restent indéfiniment et sans trembler dans la position où on les place, quelque fatigante qu'elle puisse être. Dans les membres inférieurs la raideur est à son comble, et il est impossible, malgré tous nos efforts, de fléchir les jambes sur les cuisses.

A quatre heures du soir, et sans cause appréciable, elle se réveille brusquement et en criant. Des larmes et des pandiculations accompagnent ce changement, ainsi que l'émission involontaire et spontanée d'une grande quantité d'urine. La voix est forte et bien timbrée, mais la conversation est incohérente. La malade ne sait ni où elle est, ni à quel moment de la journée on se trouve. Elle répond cependant d'une manière exacte et brève aux questions qu'on lui adresse sur ses besoins. Elle menace surtout une personne invisible avec laquelle elle est en conversation, se plaignant d'être agacée par elle, la suppliant de la laisser en repos, car elle est très fatiguée. Elle lui demande de la laisser se coucher, et lui reproche de lui faire mal. La malade rêvait. Pendant cette scène, les membres conservent la même raideur et la même insensibilité; la tête seule est animée de quelques mouvements, ainsi que les yeux et les paupières; le facies exprime tour à tour la peur, la menace et la fatigue; par moments, au milieu de ses plaintes, elle parle en riant et en plaisantant à son persécuteur invisible, qui paraît être une de ses compagnes de la ferme. Pendant cette période, on peut lui faire prendre un peu de lait, qu'elle ne vomit point. En ce moment, on examine le ventre et on est fort surpris de le trouver aplati, presque excavé, sonore dans tous ses points. La tuméfaction qui existait dans le flanc gauche a complètement disparu, et l'abdomen, dans tous ses points, est d'une souplesse remarquable. Cet état de loquacité et de demi-catalepsie, rappelant le somnambulisme, dure une partie de la nuit sans autre phénomène remarquable.

Le 10, à cinq heures du matin, tout s'apaise, et on retrouve la malade dans un état de catalepsie absolue comme la veille. Cet état persiste pendant tout le jour. La malade est soumise à des expériences variées et répétées en présence des docteurs Magnan, Bourneville, Bucquoy, et Desprès, chef du service.

Le 12, à la visite du matin, la raideur des membres a disparu, et les bras gardent à peine une minute les positions où on les met. — Le ventre est aplati et d'une extrême souplesse : M. Desprès remarque qu'en le déprimant fortement avec la main, la paroi abdominale ne revient pas sur elle-même, et les muscles de la région, participant à l'état cataleptique, gardent l'empreinte de la main. — Il n'y a pas d'agitation. La malade ne cesse de demander à boire

et de dire que quelque chose la brûle; mais elle n'a pas sa connaissance. — La déglutition est impossible. — L'anesthésie persiste. — Les paupières sont mobiles, mais comme alourdies. Pouls, 68. Temp. axil., 37°,9.

A 10 h. le calme et la raideur reprennent le dessus, et, à 10 h. 20, M. le Dr Bucquoy a pu mettre la malade, le tronc faisant une angle avec le bassin, les jambes relevées, le menton s'appuyant sur le sternum, tout le corps n'appuyant sur le lit que par le sacrum. Elle est restée dans cette pose difficile sept à huit minutes, et puis est retombée peu à peu.

La journée se passe dans un calme relatif, à peine coupé par quelques plaintes inarticulées et quelques mouvements peu étendus. — La raideur et la stabilité ont été constatées à plusieurs reprises.

A quatre heures, quelques pandiculations; puis la malade se réveille en pleurant. Elle se met aussitôt à parler d'une voix forte, se plaignant d'un violent sentiment de brûlure. Presque assise dans son lit, les yeux fixes et grands ouverts, elle décrit une *flamme rouge* qui la brûle, qui l'entoure, qui lui entre dans le corps, dont la fumée l'étouffe. Dans cette pose extatique, elle appelle à son secours la sœur du service, ses compagnes, les élèves de l'hôpital, demande où elle est, ce que signifie ce feu, demandant qu'on l'en délivre. Mais elle n'a pas sa connaissance. Bientôt l'exaltation devient de plus en plus vive; les plaintes et l'agitation redoublent. — Au milieu de sa loquacité, elle allie raisonnablement quelques idées, fait quelques réflexions justes en rapport avec son hallucination; mais elle ne reconnaît personne. — Elle demande à grands cris de l'eau, de la glace pour éteindre ce feu imaginaire. Quelquefois elle semble faire, pour parler, des efforts infructueux, et ses lèvres s'agitent en silence. — De temps en temps, les muscles du côté droit de la face et du cou se contractent convulsivement, et cette convulsion paraît si douloureuse, qu'elle arrête la malade au milieu de ses phrases. — Elle a une extrême avidité pour l'eau, qui lui semble amortir ce feu dont elle est dévorée. — On est obligé de lui tenir les mains, qu'elle porte avec rage à ses yeux pour en arracher un voile. — L'ouïe est d'une finesse remarquable : elle reconnaît et dénomme exactement tous les bruits de la salle, qui lui sont familiers; par moments même, elle semble reconnaître les personnes qui l'entourent et qu'elle regarde avec une fixité effrayante. En entrant dans son idée de brûlure, de flamme, on peut échanger avec elle quelques lambeaux de conversation suivie; mais elle se fatigue vite dans ce cas, et semble faire de pénibles efforts pour rassembler ses idées et les exprimer.

Vers six heures, cette agitation se calme peu à peu. Elle ne parle plus qu'avec peine.

A huit heures, elle est retombée dans sa catalepsie absolue que troublent seuls quelques mouvements et quelques plaintes inarticulées. — Pendant toute la durée de cette crise, elle n'a rien pu avaler. L'anesthésie n'a pas cessé un seul instant d'être absolue. La raideur et l'état cataleptique des muscles, bien que fortement diminués d'une manière générale, ont varié d'intensité de minute en minute. — Elle a uriné deux fois sous elle.

Le 13. La nuit s'est passé dans le même état. Au matin hallucinations, demi-connaissance.

A quatre heures, la connaissance est revenue complète. La malade se rend compte qu'elle a dormi longtemps, mais ne se souvient de rien.

Le 14. Somnolence. A quatre heures la catalepsie est absolue.

Le 15. La catalepsie persiste. A deux reprises un peu d'agitation; quelques paroles incohérentes.

Le 16. Au matin la malade a paru se réveiller. La somnolence persiste. Anesthésie sans catalepsie.

Le 17. Pas de retour de la connaissance. Plaintes. Le soir un peu de raideur des membres, pas de stabilité :

Le 18. La somnolence persiste sans connaissance. Le soir retour de la catalepsie parfaite.

Le 19. Demi-somnolence. La malade a sa connaissance, mais parle peu et avec difficulté. Amblyopie. Anesthésie sans catalepsie.

Le 20. La somnolence qui persiste n'exclut pas la netteté des idées.

Le 21. Encore un peu de somnolence. Mais la vue s'éclaircit, la sensibilité commence à apparaître.

Le 22. *id.*

Le 23. La malade est complètement réveillée. Les idées sont nettes, mais elle n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé depuis le début de son attaque.

Le 24. La malade est presque revenue à l'état normal.

Le 1er mai. La malade ne se ressent plus des suites de son accès, et tous les phénomènes morbides qu'elle présentait avant ont complètement disparu[1].

J'arrête ici ces citations peut-être déjà trop longues; mais il était important de mettre vivement en lumière cette réunion dans une même attaque de la catalepsie et des phénomènes divers de la grande attaque hystérique. Ces derniers symptômes, pour secondaires qu'ils paraissent parfois, ne doivent jamais passer inaperçus, car ils suffisent, à eux seuls, pour donner à des faits d'un diagnostic souvent embarrassant leur signification véritable.

c) LA CATALEPSIE APPARAIT SOUS FORME D'ACCÈS ISOLÉS CHEZ DES MALADES QUI ONT ÉGALEMENT DES ATTAQUES CONVULSIVES OU PRÉSENTENT SEULEMENT D'AUTRES SYMPTOMES HYSTÉRIQUES.

L'attaque de catalepsie peut se montrer sans mélange d'autres phénomènes appartenant aux diverses périodes de l'attaque, et alterner chez une même malade, soit avec des attaques convulsives complètes, soit avec des attaques incomplètes, des attaques épileptoïdes, des attaques de grands mouvements, des attaques d'extase, des attaques de délire, de somnambulisme, etc. Dans ces cas, la nature des accès cataleptiques est facilement reconnue.

Mais il existe des circonstances dans lesquelles le diagnostic est entouré de plus grandes difficultés. La malade n'a pas d'autres sortes d'attaques que les attaques de catalepsie; c'est alors que la nature même

1. *Hystérie et catalepsie*, par Berdinel, Paris, 1875.

de ces attaques et les symptômes qu'on observe dans l'intervalle peuvent suffire à établir le diagnostic et permettre non moins sûrement de les rattacher à la grande hystérie.

Je dois à l'obligeance de mon excellent ami le Dr G. Ballet de pouvoir consigner ici une observation des plus instructives à cet égard. Le fait est d'autant plus intéressant qu'il s'agit d'un jeune garçon.

Observation XLI. — *Frayeur. — Perte de connaissance. — Accès de rire. — Attaques de sommeil. — Attaques de catalepsie spontanée et provoquée. — Hémianesthésie sensitivo-sensorielle. — Points douloureux*[1].

G... (d'Odessa), âgé de vingt ans.

Antécédents héréditaires. — G... n'a pas connu ses grands parents. Son père a toujours joui d'une excellente santé. Mère migraineuse n'ayant pas eu de crises nerveuses. Pas de consanguinité. Il a eu dix frères et sœurs dont sept sont morts en bas âge de maladies aiguës (variole, fièvre typhoïde). Un oncle et une tante bien portants. Le malade affirme n'avoir pas eu d'aliénés dans sa famille.

Antécédents personnels. — Ni blennorrhagie, ni syphilis. — Bien portant et robuste jusqu'en février 1880.

Début. — La maladie débuta, il y a trois ans, en février 1880 dans les circonstances suivantes. Il va voir un ami et, dans la cour, un gros chien enchaîné se jette sur lui au moment où il entrait. Le malade s'évanouit et ne sentit pas la morsure. Il eut toute la peau du sourcil gauche décollée d'un coup de griffes probablement. G... ne reprit ses sens qu'à midi, au moment où le chirurgien allait affronter et coudre les bords de la plaie. A l'occasion d'un renouvellement du pansement, vers quatre heures du soir, second évanouissement. Enfin trois semaines après, le malade rentre guéri à son école de commerce; mais ses maîtres et lui-même remarquèrent bientôt un affaiblissement sensible de la mémoire.

Le 15 avril 1880 le malade est pris d'un accès de rire qui dure dix minutes, en entendant raconter une histoire amusante.

Au mois de mai suivant, à l'École, nouvel accès de rire qui dura vingt minutes et à la suite duquel il y eut une grande sécheresse de la gorge et une sensibilité exagérée de cet organe au froid.

En septembre 1880, nouvel accès de rire, sans motifs, qui dura une demi-heure et après lequel survint un sommeil de trois heures. G... ne put être réveillé que par un médecin (le malade ignore comment). — Quelque temps plus tard, sans rire précurseur, apparurent des attaques de sommeil qui depuis sont allées en se rapprochant.

En octobre 1880, les attaques étaient très fréquentes et G... quitta l'École de commerce pour se soigner. On lui donna des douches sans résultats, et, plus tard, du bromure de potassium qui aurait éloigné les accès.

En janvier 1881, le malade rentra à l'École de commerce. Tout alla bien jusqu'en avril 1881, époque à laquelle il éprouva des contrariétés au sujet de ses examens.

1. Dr G. Ballet, obs. recueillie dans le service de M. Charcot à la Salpêtrière, février 1883.

En *mai*, le malade eut une perte de connaissance dans la rue. Il se réveilla dans une boutique où on l'avait transporté et on lui dit que, sans se débattre, il s'était raidi de tous ses membres.

En *août ou septembre* 1881, lisant dans un journal qu'un homme était mort d'une attaque de nerfs, il tomba immobile sur sa chaise, sans connaissance, les membres raidis et tenant toujours son journal. Il avait les *yeux ouverts* et semblait lire encore. Cet état dura deux heures.

Depuis cette époque une, deux, trois attaques par semaine analogues à la précédente, avec cette particularité que le malade tombait toujours, s'il se trouvait debout.

Le 18 *novembre* 1881 le malade, après toute une nuit de sommeil, ne se réveille qu'à trois heures de l'après-midi. Après son réveil il lui restait une contracture des muscles de la nuque qui ne disparut entièrement qu'au bout de quinze jours.

En 1882 les attaques persistent. Consultation de M. Charcot; l'hydrothérapie amène une légère amélioration.

Le 27 novembre G... tombe dans la rue et on le porte à la Pitié à neuf heures du matin; il ne s'éveille qu'à cinq heures du soir. Il entre à la Salpêtrière le 23 janvier.

État actuel, février 1883. — I. *Symptômes permanents. a. Points douloureux :* Il en existe un au milieu du dos, un autre dans la fosse iliaque gauche, un troisième enfin au niveau du testicule du même côté.

b. Hémianesthésie gauche sensitivo-sensorielle.

II. Attaques. — Le malade a des attaques qui reviennent régulièrement tous les jours et souvent plusieurs fois dans la journée, habituellement à heure fixe, entre cinq et six heures du soir.

Voici la description d'une de ces attaques spontanées dont nous avons été le témoin le 15 janvier :

L'attaque survient tout à coup, sans prodromes. Il n'y a pas de mouvements convulsifs. Le malade tombe dans un état cataleptique : les yeux sont entr'ouverts; les pupilles moyennement dilatées, les yeux larmoyants. Le visage est immobile, la respiration est calme et son ampleur moindre qu'à l'état normal. — Les membres sont catalepsiés. Ils conservent l'attitude dans laquelle on les place. Il faut noter toutefois que par des frictions on peut produire dans ces membres catalepsiés un certain degré de contracture.

Le malade reste quelques minutes dans l'état précédemment décrit; puis la respiration devient plus ample et plus fréquente : les ailes du nez se dilatent et le malade revient à la connaissance.

En dehors des accès *spontanés*, le malade a des accès *provoqués*. Il suffit pour faire apparaître ces derniers de regarder fixement le malade un instant : — le malade tombe bientôt en catalepsie : comme précédemment les yeux sont ouverts, si l'on vient à les fermer, les muscles deviennent rigides comme s'il y avait contracture.

Le malade étant en sommeil, si l'on exerce une pression sur la fosse iliaque gauche, on ne réveille pas le malade, mais on provoque une douleur que le malade exprime en précipitant anxieusement la respiration, mais il n'y a pas réveil.

On détermine les mêmes phénomènes par la compression du testicule. Mais de plus, en comprimant l'organe pendant un certain temps, on finit par réveiller le patient.

L'observation dont le Dr Pau de Saint-Martin fit le sujet de sa thèse inaugurale en 1869, et qu'il désigne sous le titre de *catalepsie compliquée*, nous paraît devoir rentrer dans le cadre de la grande hystérie.

En dehors des accès de catalepsie, la malade n'avait jamais présenté aucune attaque convulsive, et l'auteur, au chapitre du diagnostic, prend soin d'éliminer l'hystérie. Le symptôme qui le frappe le plus, c'est la catalepsie; aussi considère-t-il tous les accidents variés qui se sont produits en même temps, comme des complications étrangères, exubérantes si l'on veut, et les rattache-t-il à un même fond qui est la catalepsie.

Il n'est pas nécessaire aujourd'hui d'y regarder de très près pour trouver dans cette observation une forme spéciale de la grande hystérie. Si, à notre avis, l'auteur s'est mépris sur l'interprétation des phénomènes qu'il a eus sous les yeux, il a du moins le mérite d'avoir bien observé et consciencieusement décrit.

Je n'entreprendrai pas de donner ici un exposé complet de cette longue observation toute remplie de faits intéressants. A l'appui de mon opinion, je relèverai les détails suivants.

Il existait dans tout le côté droit du corps une anesthésie très profonde, allant jusqu'à la perte du sens musculaire. La vue du même côté était affaiblie, les accès étaient précédés d'une vive douleur à l'épigastre et dans l'hypochondre droit.

Du même côté du corps, il y avait de l'amyosthémie, puis une paralysie presque complète.

Au sortir des accès, quelquefois pendant plusieurs heures, la malade demeurait muette, sourde, aveugle, complètement paralysée à droite.

Enfin, la malade soumise aux pratiques de l'hypnotisme eut des accès de catalepsie provoquée dans lesquels nous retrouverons quelques-uns des faits sur lesquels nous insisterons plus loin.

Quelques extraits montreront les analogies dont nous parlons et seront une preuve de plus en faveur de la thèse que nous soutenons.

Sous l'influence de manœuvres spéciales, la malade pouvait être rendue, au même moment, léthargique d'un côté, et cataleptique de l'autre.

14 février. Pendant l'accès provoqué à une heure, nous constatons que les frictions humides ou sèches amènent de suite, au moins pour le côté gauche, la résolution des muscles et l'état physiologique des parties; les résultats sont les mêmes, quels que soient le sens des frictions et la manière dont elles sont

faites. Comme pour le galvanisme, tous les muscles obéissent à l'action spéciale de ces frictions faites pendant l'hypnotisme, avec cette différence qu'ils conservent entre eux une grande indépendance. Ainsi tandis que l'électricité appliquée au niveau du plexus droit, provoquait des mouvements dans tout ce membre et même à la longue dans le membre opposé, les parties frictionnées retournaient seules à l'état physiologique, les autres restaient cataleptiques; si par exemple, nous soulevions le membre supérieur pour frictionner seulement la main et l'avant-bras, ceux-ci retombaient inertes, tandis que le bras restait dans l'attitude où nous l'avions placé. Même indépendance du pied vis-à-vis de la jambe, de la main vis-à-vis du bras. Nous avons pu voir aussi que sans frictions, le côté gauche cessait d'être cataleptique au bout de vingt à vingt-cinq minntes, et comme à ce moment le droit l'était encore, nous avons pu répéter souvent cette singulière expérience, d'après laquelle, la main droite une fois frictionnée, et les deux membres supérieurs placés à la fois dans la même position, le côté gauche retombait aussitôt, le droit restant immobile à l'exception de la main qui était comme appendue à l'extrémité de cette sorte de levier. A cinq heures réveil spontané sans phénomènes nouveaux.

15 février. Le soir, à quatre heures, accès provoqué : l'indépendance des deux parties du corps est encore plus marquée que la veille; au bout de vingt minutes et tandis que le droit reste encore cataleptique, tout le côté gauche dort, pour ainsi dire, physiologiquement... (page 25).

Ces phénomènes d'hémiléthargie et d'hémicatalepsie n'étaient possibles que pendant l'accès cataleptique provoqué.

Quant aux rapports qui relient ensemble les frictions et l'état cataleptique du muscle, les résultats ont varié sensiblement suivant le mode d'invasion de l'accès. Était-il spontané, la résolution musculaire n'a jamais été obtenue, avec quelque soin que les frictions fussent faites et si longtemps qu'on les prolongeât; au contraire la malade était-elle sous l'influence de l'hypnotisme, chaque muscle cédait à la friction, se résolvait pour ainsi dire, et, après un temps chaque jour plus court, tout le corps dormait de ce sommeil quasi physiologique sur lequel nous sommes revenus si souvent... (p. 47).

Pendant l'état cataleptique provoqué, une de nos malades, Bar... nous a présenté des phénomènes absolument semblables à ceux qui sont consignés dans le passage suivant :

Le système musculaire s'est toujours montré tel que l'avaient décrit les premiers observateurs, c'est-à-dire dans une sorte d'inertie indifférente, qui, tout en empêchant le sujet de modifier lui-même ses attitudes, se prêtait cependant à tous les mouvements qui lui étaient communiqués par une main étrangère; ces nouvelles positions étaient du reste conservées pendant des heures entières sans qu'il en parût résulter, au moins immédiatement, une fatigue apparente... (p. 45).

Une pression, si minime qu'elle fût, amenait, quoique après un temps plus long, les mêmes effets qu'un effort brusque et rapide, si bien que les mouve-

ments avaient plutôt besoin d'être indiqués que communiqués et que les muscles, comme en équilibre stable, cédaient au moindre choc qui les dérangeait de leur première position. Agissait-on sur les extenseurs toujours d'une façon continue, la force fléchissante l'emportait aussitôt, et le mouvement se produisait dans le sens que nous venons d'indiquer; au contraire, que cette même force vînt à diminuer la puissance nécessaire aux fléchisseurs pour maintenir leur position, les extenseurs l'emportaient et l'avant-bras s'abaissait. Des expériences analogues, entreprises sur d'autres parties du corps, et partout où nous avons pu trouver des groupes de muscles nettement limités nous ont conduit à des résultats identiques : ainsi, la jambe fléchie sur la cuisse, la pression des muscles gastro-cnémiens amenait son extension; inversement, la flexion suivait immédiatement une pression exercée au niveau des extenseurs... (p. 46).

Enfin, bien que d'une façon éloignée, voici qui paraît avoir quelques analogies avec l'hyperexcitabilité musculaire.

Les membres, même dans leur état morbide (l'état cataleptique), obéissaient encore à quelques excitants, ainsi le galvanisme et les agents mécaniques. A toute époque nous avons constaté l'action de l'électricité sur le système musculaire... Comme moyens mécaniques, nous avons vu souvent qu'un choc brusque, produit en un point quelconque du système musculaire, sans produire, il est vrai, des mouvements étendus, était toujours suivi d'une tuméfaction des parties atteintes et comme d'une contraction localisée. Les piqûres, brûlures et autres excitations du même genre n'ont jamais produit aucun effet (p. 47.)

L'hypnotisme produisit dans ce cas les plus heureux résultats. Pendant les accès provoqués, les frictions sur la tête et les membres faisaient disparaître les accidents (paralysie, surdité, cécité, mutité) qui succédaient toujours aux accès spontanés. Et M. Pau de Saint-Martin n'hésite pas à déclarer que, dans le cas spécial, l'hypnotisme et les frictions ont, dans un temps très limité, provoqué la guérison, au moins momentanée, d'une maladie qui n'avait fait qu'empirer depuis deux années consécutives, et dont le terme, d'après les signes antérieurs, paraissait plus éloigné qu'immédiat.

CHAPITRE IX

VARIÉTÉS PAR IMMIXTION DE PHÉNOMÈNES SOMNAMBULIQUES. ATTAQUE DE SOMNAMBULISME

Le somnambulisme naturel dont il s'agit ici est celui dont M. Mesnet a donné les caractères dans son étude sur le somnambulisme (in *Arch. méd.*, 1860) et qu'il distingue nettement de ce qu'il appelle le noctambulisme. Le noctambulisme est le rêve mimé, parlé; il ne sort pas des limites physiologiques. Le somnambulisme appartient toujours à un état pathologique et se rattache aux névroses par ses caractères et son expression symptomatique. L'anesthésie est complète sur toute la surface du corps, peau et muqueuse; la sensibilité générale est abolie puor les organes des sens, et cependant les sens, envisagés comme organes de sensations spéciales, peuvent conserver un certain degré d'activité, dans une direction spéciale; l'oubli le plus complet accompagne le réveil.

L'état décrit par Frank, sous le nom de somniation spontanée, par opposition à la somniation artificielle, dans laquelle il fait rentrer tous les cas de sommeil magnétique, ne nous paraît autre que le somnambulisme naturel, avec cette différence qu'il est précédé de prodromes, de phénomènes convulsifs ou cataleptiques et qu'il survient toujours au milieu de la veille; autant de signes qui le rapprochent du somnambulisme hystérique.

« Celle-ci[1], dit-il en parlant de la somniation spontanée, se montre *au milieu de la veille*, soit instantanément, soit après quelques prodromes : la *tristesse*, une douleur de tête, des lipothymies; divers mouvements convulsifs, surtout des yeux; de la catalepsie ou de la danse de Saint-Guy. Bientôt le malade présente plus ou moins l'image d'une

1. J. Frank, chap. XIII du *Traité des maladies nerveuses*, cité par Moissenet.

personne prise de sommeil. En effet, s'il n'a pas les yeux toujours fermés, au moins sont-ils insensibles. Le pouls est souvent sain, ou il est plus lent qu'à l'état normal, et la chaleur du corps est naturelle ; la respiration est à peine perceptible, et lorsque l'accès est passé, les malades reviennent à eux comme sortant d'un sommeil ; d'autres fois ils marchent comme des somnambules, mais pendant le jour, et font même des voyages, rendent des oracles, sans qu'ils conservent pour cela le moindre souvenir de ce qu'ils ont fait. »

Quelles sont les relations qui existent entre le somnambulisme artificiel et le somnambulisme naturel ? Le somnambulisme artificiel, dit Maury, n'est qu'une forme plus développée et spéciale du somnambulisme naturel.

Les études auxquelles nous nous sommes livré et que nous rapporterons plus loin, sur le somnambulisme hystérique provoqué, confirment pleinement cette opinion. Il est possible de retrouver dans le somnambulisme spontané la plupart des faits plus ou moins étranges que nous avons pu, chez nos hystériques, provoquer artificiellement. Aussi croyons-nous que nos recherches expérimentales sont destinées à éclairer l'histoire du somnambulisme spontané et particulièrement de cette forme du somnambulisme qui se trouve si intimement liée à la grande névrose hystérique.

Si le somnambulisme dégagé de tout élément étranger constitue une névrose distincte, il n'en devient pas moins quelquefois l'expression symptomatique d'une autre névrose (hystérie ou épilepsie, par exemple), aux autres signes de laquelle il se trouve plus ou moins mêlé.

Herpin signale le somnambulisme dans les accès incomplets d'épilepsie. Il se produit après le vertige épileptique, à ce moment qu'il désigne sous le nom de *période de retour*. Nous avons eu occasion d'en observer un exemple chez un jeune garçon de treize ans.

Les femmes hystériques sont, de toutes, les plus sujettes à cette perturbation nerveuse. La facilité avec laquelle on produit chez la plupart d'entre elles le somnambulisme artificiel le prouve surabondamment, et ce fait est connu depuis longtemps, à savoir que la plupart des somnambules dites *magnétiques* sont hystériques. Il n'est donc pas surprenant de voir le somnambulisme survenir spontanément chez les hystériques et se mêler plus ou moins aux attaques convulsives.

§ 1. — ATTAQUE DE SOMNAMBULISME

Quel est le mode de combinaison du somnambulisme hystérique avec les convulsions, et à quel moment de l'attaque survient-il?

Nous étudierons successivement les cas dans lesquels :

a. Le somnambulisme apparaît mêlé aux attitudes passionnelles de la grande attaque hystérique, ou les remplace complètement;

b. Le somnambulisme n'est accompagné que de quelques-uns des phénomènes appartenant aux diverses périodes de la grande attaque hystérique;

c. Le somnambulisme apparaît sous forme d'accès distincts chez une malade qui, d'autre part, a des attaques convulsives ou simplement d'autres signes d'hystérie.

a) LE SOMNAMBULISME APPARAIT MÊLÉ AUX ATTITUDES PASSIONNELLES DE LA GRANDE ATTAQUE HYSTÉRIQUE, OU LES REMPLACE COMPLÈTEMENT.

Les cas ne sont pas rares dans lesquels le somnambulisme apparaît mêlé aux attitudes passionnelles de la grande attaque, ou même les remplace complètement, ce qui s'explique suffisamment par les affinités naturelles qui existent entre ces deux variétés de troubles psychiques. Mais ces affinités n'excluent point les différences qu'il est bon de rappeler ici. L'attitude passionnelle s'accompagne toujours d'une hallucination; elle s'accompagne d'une suspension absolue de la sensibilité générale et spéciale; tous les sens sont fermés aux excitations extérieures. Après la crise, la malade conserve le souvenir des hallucinations. Dans le somnambulisme, l'hallucination peut exister mais n'est point nécessaire, les sens conservent au moins partiellement leur activité, et au réveil le souvenir ne garde aucune trace de ce qui s'est passé pendant l'accès.

M. Mesnet[1] a publié une observation remarquable de somnambulisme hystérique qui montre bien les connexions étroites qui rattachent le somnambulisme aux attitudes passionnelles de la troisième période de l'attaque.

Les accès d'hystérie étaient compliqués d'extase, de catalepsie et de somnambulisme. M. Mesnet fait remarquer que l'extase, la catelepsie

1. *Études sur le somnambulisme*, par E. Mesnet, 1860, p. 11.

et le somnambulisme n'ont appartenu qu'à l'une des phases de la maladie; nés dans la période ascensionnelle de l'hystérie, ils ont grandi avec elle, et déjà ils avaient disparu que l'anesthésie et la convulsion existaient encore.

L'extase, la catalepsie et le somnambulisme se reproduisent toujours à la suite de violentes convulsions hystériques, sans transition, et, par là même, paraissent remplacer la troisième période des attitudes passionnelles. L'extase décrite ici répond évidemment à ce que nous avons désigné sous le nom d'attitudes passionnelles, et M. Mesnet dit que l'extase, comme la catalepsie, s'est montrée tellement unie aux accès de somnambulisme qu'il serait impossible de l'en séparer.

Observation XLII. — Madame X..., âgée de trente ans, fut prise au mois de mai 1855, sans cause appréciable, d'accidents convulsifs présentant tous les caractères des accès d'hystérie.

Au mois d'octobre, les accès étaient très fréquents. Il fut relevé, du 11 au 31 octobre, 927 accès d'hystérie, en moyenne, 46 en vingt-quatre heures. Ce chiffre va en décroissant jusqu'au mois d'avril où on n'en trouve plus qu'un par jour, et enfin, dans les derniers jours d'avril, ils avaient disparu complètement.

Les convulsions étaient très violentes. Je ne relèverai, dans cette longue observation, que les faits qui nous intéressent particulièrement.

L'exploration de la sensibilité faite avec soin permit de constater qu'elle était complètement abolie dans les membres inférieurs, très obtuse dans les supérieurs, excepté à gauche, au niveau de l'acromion. La face était insensible; le cou, les parties antérieures du tronc, les gouttières vertébrales, étaient aussi privées de sensibilité; un seul point très limité, situé entre les cinquième et sixième côtes gauches, était extrêmement sensible. (Peut-être ce point très sensible n'était-il autre qu'un point hystérogène, semblable à ceux que j'ai signalés plus haut. La région indiquée répond au siège le plus habituel des points hystérogènes comme on peut le voir sur la figure 9, et d'autre part, nous savons que les points hystérogènes échappent facilement à l'investigation de l'observateur, parce que la sensation éprouvée par la malade, lors de leur attouchement, est si pénible qu'elle essaye toujours de s'y soustraire.)

La sensibilité était abolie sur les muqueuses de tous les organes des sens.

Le 15 octobre, on observe pour la première fois de la catalepsie à la suite d'un violent accès d'hystérie. J'ai rapporté cet accès plus haut au chapitre de la catalepsie (p. 286).

Les convulsions hystériques et la catalepsie continuent à s'entremêler.

Il semble y avoir un peu d'amélioration vers la fin de décembre, mais la malade est de plus en plus plongée dans une inertie morale et physique, d'où rien ne peut la faire sortir.

C'est à cette époque que surviennent les phénomènes de somnambulisme.

« Somnambulisme du 29 décembre. A trois heures, madame X... est prise de convulsions d'une grande violence, puis elle se lève, s'habille, fait sa toilette seule, sans aide, déplace les meubles qui s'opposent à son passage, sans

jamais les heurter : autant elle était insouciante et peu active dans la journée, autant elle met de vivacité à accomplir les actes les plus variés. Nous la voyons se promener dans son appartement, ouvrir les portes, descendre au jardin, sauter sur les bancs avec agilité, courir..., et tout cela, fait beaucoup mieux que pendant la veille, puisqu'il lui fallait alors un bras pour la soutenir. La démarche était assurée; le regard d'une fixité remarquable, la pupille très dilatée, pas de clignotement; le pouls calme, régulier; la sensibilité complètement abolie. Pas de réponse ni d'attention aux questions qu'on lui adresse, et cependant elle nous voit, mais sans nous reconnaître; nous ne sommes pour elle que des obstacles matériels, qu'elle tourne quand nous nous mettons devant elle pour lui barrer le passage. A cinq heures moins dix minutes, madame X... quitte le jardin, remonte dans sa chambre, se hâte de se déshabiller, de se mettre au lit, comme si elle avait le pressentiment que la crise allait cesser, et, à peine couchée, elle est prise d'un accès d'hystérie aussi violent que le précédent. Elle se réveille, s'asseoit sur son lit, s'étonne de voir la domestique levée, de nous trouver près d'elle, et nous en demande la cause : elle ignore complètement ce qui vient de se passer. Dans la journée, elle s'aperçoit de la disparition d'objets dont elle s'était servie la nuit; elle s'en plaint hautement, et, soupçonnant la fidélité de sa domestique, nous prie de la renvoyer pour lui en donner une autre. L'oubli était donc complet. »

Le 30. Les mêmes phénomènes se répètent exactement semblables à ceux de la nuit précédente.

« Somnambulisme des 31 décembre et 1er janvier. La scène fut bien différente : à trois heures du matin, la convulsion hystérique apparut beaucoup plus violente encore, et fut suivie, sans transition, de catalepsie, puis d'extase. L'hallucination de l'extase devait être effrayante, à en juger par l'expression de la malade et l'attitude qu'elle nous présentait; elle était assise sur son lit, les yeux fixes, largement ouverts, les bras étendus, paraissant suivre toutes les péripéties d'un drame qui se déroulait sous ses yeux; puis brusquement elle se jeta en avant, en s'écriant : « Laissez-les-moi! laissez-les-moi!... Ne les faites pas mourir!... Ces affreuses bêtes vont les dévorer! » Et elle poussa un cri déchirant. C'est alors qu'elle se leva, s'habilla comme les nuits précédentes, à cela près qu'elle agissait avec une activité plus grande. Aussitôt sa toilette terminée, elle court à sa fenêtre, saute sur l'appui de sa croisée, essaye de se précipiter; la persienne fermée l'arrête, elle la secoue violemment, essaye de la disjoindre; elle se précipite dans la chambre, et tombe sur le parquet sans se réveiller. Elle monte sur les chaises, sur la commode, se précipite encore; ses traits contractés; ses gestes violents, témoignent du mécontentement que lui cause notre intervention, mais elle ne nous reconnaît pas, et ne prononce aucune parole. L'un de nous passe dans la pièce voisine, ferme d'un tour de clef la porte de l'appartement, dans la crainte qu'elle ne veuille sortir; elle accourt aussitôt, veut s'emparer de la clef, et lutte avec celui de nous qui l'avait en sa possession. Nous éteignons la lumière; elle va aussitôt à sa table de nuit, prend une boîte d'allumettes, et rallume la lampe.

» A cinq heures, elle se déshabille, se couche, et est prise d'un accès d'hystérie : nous avions eu le soin d'enlever la pendule qui était sur la cheminée, pour que rien ne lui fît connaître l'heure. »

Les 3 et 4 janvier, accès de somnambulisme fort remarquables pendant lesquels la malade avec une persistance et une fixité d'idées étonnantes se livre

à deux nouvelles tentatives de suicide par la pendaison et l'empoisonnement. Aucun souvenir au réveil.

Le somnambulisme du 4 janvier commence ainsi. « A trois heures, madame X... est prise de convulsion hystérique, d'extase avec hallucination, et entre dans le somnambulisme en s'écriant : « La mer va les engloutir... » Elle se lève, s'habille, etc...

« *Journée du 6 janvier.* — A midi, le beau-frère de madame X... vient la voir; elle l'aperçoit de loin, et est prise aussitôt d'un violent accès d'hystérie. Cet accès dure dix minutes, est suivi d'une période de catalepsie d'environ dix minutes aussi; puis survient un second accès d'hystérie de cinq minutes qui se termine par un cri, au milieu duquel nous entendons ces mots répétés plusieurs fois : « Emmenez-moi! je veux voir mes enfants!... » Madame X... revient à elle; on essaye de la calmer en lui parlant de son état, lui disant qu'elle a besoin de soins; elle nous comprend à peine. Il était alors midi et demi; son beau-frère la quitta, et, à partir de ce moment, nous restâmes près d'elle jusqu'à six heures du soir.

» Elle n'eut plus alors de répit; nous vîmes tour à tour se succéder l'hystérie, la catalepsie, l'extase, le somnambulisme et ces névroses se mêler l'une à l'autre.

» A peine son beau-frère l'eut-il quittée qu'un nouvel accès d'hystérie éclata avec une intensité extrême; madame X... eut des mouvements convulsifs d'une telle énergie que, *la tête renversée en arrière reposant sur le sol, les pieds appuyés par l'extrémité des orteils seulement, l'arc formé par la colonne vertébrale était distant du sol, dans le point le plus élevé, d'au moins* 50 *centimètres.*

» Nous profitâmes d'une période de catalepsie pour déshabiller la malade et la mettre au lit; nous avions constaté son état cataleptique en la mettant en équilibre sur les ischions, les bras levés en l'air, et les membres inférieurs soulevés pareillement. Elle resta environ dix minutes dans cette position, ne touchant le sol que par une surface à peine égale à la paume des deux mains; le pouls était calme, régulier, battait 90 fois par minute; puis nous vîmes sa physionomie changer d'expression, la respiration devenir plus fréquente et plus bruyante, les yeux s'entr'ouvrir et se diriger vers un point de la chambre qu'ils ne quittèrent plus. Nous suivions attentivement toutes les nuances de la pensée de madame X...; elle avait bien évidemment une hallucination de la vue : son visage exprimait le plaisir, le bonheur; elle étendit les bras, se souleva lentement, s'assit sur son lit, avança le corps et les bras dans la direction de son regard, et resta quelques secondes ainsi dans une véritable extase; tout à coup elle ferma violemment les bras sur sa poitrine, on eût dit qu'elle y pressait quelqu'un; puis elle poussa un cri affreux et dit : « Ne me les enlevez pas, mes enfants, mes chers enfants, laissez-les-moi!... » Un nouvel accès d'hystérie survint, aussi violent que le précédent, et quand il fut terminé, madame X... passa la main sur son front et nous dit : « Où sont-ils? Pourquoi me les enlever?... » En vain nous essayâmes de la rassurer; nous lui dîmes qu'elle avait fait un rêve, et qu'elle avait pris pour une réalité ce qui n'avait existé que dans son imagination. Rien ne put la convaincre; elle eut tout aussitôt une nouvelle convulsion, suivie de catalepsie, puis d'extase; c'était un spectacle émouvant de voir les impressions se traduire sur sa physionomie, le geste ajoutait encore son impression à celle du visage; ses enfants

étaient toujours bien là devant elle; un moment elle crut les saisir, ses mains se fermèrent contractées; elle luttait contre une force plus grande que la sienne qui cherchait à les lui arracher; nous la voyions résister avec une incroyable énergie, et, comme vaincue par cette puissance contre laquelle ses efforts se brisaient, elle poussa un cri de douleur affreux, et de l'extase tomba dans un accès d'hystérie, au milieu duquel elle prononçait ces mots : « C'est par trop cruel de me les enlever! je vous en prie, laissez-les-moi! »

» Elle ne revint pas à elle, et sembla vouloir sortir de son lit. Nous la laissâmes faire; elle s'habilla précipitamment, et, sans dire un mot, le regard fixe, sans expression, elle se dirigea vers la porte et descendit dans le jardin..... »

Du 7 au 15 janvier, l'intensité des phénomènes somnambuliques diminua.

« A dater de ce jour (14 janvier) le somnambulisme ne reparut plus; seulement il y eut pendant cinq ou six nuits encore une période d'excitation, pendant laquelle la malade s'entretenait avec sa fille aînée, faisant à la fois les demandes et les réponses. Cet état durait de trois à cinq heures, et répondait exactement aux périodes de somnambulisme. »

Plus tard les convulsions hystériques elles-mêmes diminuent, elles sont remplacées peu à peu par des douleurs épigastriques, et du 15 janvier au 1er février on n'observe plus que quelques mouvements convulsifs, avec conservation complète de l'intelligence.

Surviennent ensuite des vomissements nerveux.

Au mois de mai, madame X... était guérie.

On ne saurait méconnaître ici le lien qui réunit le somnambulisme aux attitudes passionnelles. A la suite d'une attitude passionnelle avec hallucination, la malade devient somnambule sans transition. Il semble que le second état dérive naturellement du premier. L'hallucination qui préside à l'une, l'idée fixe qui dirige l'autre, prennent naissance à la même source. C'est le même état psychique transformé suivant la nature de la manifestation morbide. Dans l'attaque passionnelle, la malade voit ses enfants, ils vont périr et l'appellent à son secours. Dans le somnambulisme, c'est la préoccupation de l'éloignement de ses enfants, le désir de les revoir, l'affection qu'elle a pour eux, qui dirigent tous ses actes. La maladie reproduit l'état mental de la malade dans l'intervalle de ses crises, comme nous avons vu, dans la description que nous avons faite, les attitudes passionnelles emprunter leur sujet aux scènes de la vie réelle. Quitter la maison et revoir ses enfants sont l'objet de tous ses vœux, de tous ses désirs : « Mes enfants m'attendent, nous disait-elle souvent, ils me demandent, ils ont besoin de moi. »

Malgré les analogies que nous faisons ressortir entre l'attitude passionelle et le somnambulisme de la malade de M. Mesnet, les deux états n'en conservaient pas moins leurs attributs différents. Si dans l'attitude passionnelle il y avait hallucination, dans le somnambulisme la vision n'existait plus, et la malade, livrée à elle-même, suivait le cours de son

idée fixe. Dans le somnambulisme existait la persistance des facultés et des sens, mais dans un cercle restreint, toujours en rapport avec l'idée dominante et exclusivement limité à son étendue. Enfin, si la malade, après la crise, se souvenait d'avoir vu ses enfants et de les avoir entendus l'appeler, elle ne conservait aucun souvenir des actes auxquels elle se livrait pendant les accès de somnambulisme.

Dans l'observation du Dr Billet rapportée plus loin, nous voyons les crises convulsives, d'abord composées des trois périodes classiques se modifier un peu et la période des hallucinations présenter plusieurs des caractères de la catalepsie et du somnambulisme.

La persistance des deux premières périodes, qui se montrèrent toujours bien distinctes, rend cette observation fort intéressante, et ne permet pas le moindre doute sur la nature des accidents nerveux, si bizarres qu'ils aient été.

Nous avons pu observer nous-même une jeune malade dont l'observation rapportée plus loin nous montre les grandes crises convulsives remplacées dans la suite par des accès de somnambulisme. Ce changement avait été précédé par l'apparition d'accès de somnambulisme nocturne.

Dans l'observation suivante empruntée à la thèse du Dr Dunant, nous trouvons également des attaques composées de deux phases distinctes.

Dans la première, les convulsions tantôt épileptiques, tantôt hystériques, répondent parfaitement à nos deux premières périodes. Dans la seconde apparaît le délire somnambulique, qui tient la place de la période des attitudes passionnelles. Après l'accès, la malade ne conservait aucun souvenir de tout ce qui s'était passé.

Observation XLIII. — *Crises d'hystérie vulgaire; attaque convulsive suivie de delire somnambulique, amnésie au réveil; délire somnambulique durant trois jours, se terminant par une attaque convulsive; attaque épileptoïde suivie de convulsions hystériques; extase mêlée d'attaques hystériques et de paroxysmes épileptoïdes.*

L... (Alexandrine-Maria), âgée de vingt-deux ans, brocheuse. Le père, deux sœurs et un frère se portent bien; la mère a un caractère très vif et emporté; un second frère paraît atteint d'une maladie du cœur. La malade, dans son enfance, a toujours souffert de céphalalgie; elle a eu des éruptions cutanées prurigineuses pour lesquelles elle a été traitée à l'hôpital des Enfants par les sulfureux et les amers... A dix-sept ans les règles parurent; elles ont toujours été difficiles et irrégulières. Pendant la première époque menstruelle, la malade dit avoir eu peur et être tombée immédiatement dans un état d'hystéricisme et le lendemain dans sa première attaque de nerfs. Elle avait pleuré toute la journée, et c'est le soir qu'elle tomba subitement

sans connaissance. Cette première attaque paraît avoir duré plusieurs jours; les suivantes se répétèrent tous les huit jours environ, jusqu'à vingt et un ans...

26 janvier 1861. — Les règles reparaissent et font éclater une violente attaque d'hystérie qui dure douze heures: la malade affirme que c'est la première, depuis six mois. Voici quels sont les symptômes : malaise, palpitations, boule, perte apparente de la connaissance et des sensibilités, cris: « Maman ! maman ! » convulsions très fortes et très étendues des bras, du tronc et de la tête; spasme pharyngien ; pouces en abduction et étendus ; pas d'écume; rémission; nouveau paroxysme et terminaison par des rires et un sommeil réparateur; émission d'urine abondante au réveil. La malade ne peut dire ce qui s'est passé pendant son attaque, mais elle a conscience d'avoir été malade...

19 février. — A cinq heures du soir, attaque d'hystérie qui dure une heure et qui est suivie de pleurs, puis d'hilarité et enfin de délire somnambulique. Un contentement extrême est peint sur la figure de la malade ; ses yeux sont ouverts, mais elle paraît ne rien distinguer de ce qui l'entoure, elle ne répond pas aux questions et ne les entend pas; toute l'étendue de sa peau est anesthésie, son pouls est calme, elle rit et s'écrie: « Ah! que je suis contente! » Elle parle des fleurs du jardin du Luxembourg, et chante des chansonnettes qu'elle a chantées autrefois dans ce jardin en faisant des rondes avec ses amies de pension. Les inhalations d'éther lui font reprendre connaissance très rapidement en arrêtant le délire. La malade croit alors avoir dormi et veut dormir encore; elle demande à boire, elle est gaie et reconnaît toutes les personnes qui l'entourent ; elle répond très bien aux questions, mais elle n'a aucun souvenir de ce qui vient de se passer et n'a rêvé à rien. Après cinq minutes de lucidité vient une attaque que suspendent les inhalations d'éther, et la malade reprend enfin pleine possession d'elle-même. Elle éprouve quelques nausées et un peu de céphalalgie, ce qui peut être attribué à l'éther qu'elle a respiré. Elle ne conserve aucun souvenir de ce qui lui est arrivé depuis le début de l'attaque.

28 février. — La malade a passé ces sept derniers jours dans un état de délire léger entrecoupé de temps en temps par des attaques. Hier elle en est sortie conservant seulement de la gastralgie...

9 mai. — Hier est survenu du délire somnambulique. La malade raisonne, mais d'une façon bizarre et qui ne lui est pas habituelle; elle prend une chaise percée pour une marmite; elle n'a pas dormi pendant la nuit, mais elle s'est tenue tranquille pour ne pas troubler le sommeil des autres malades. L'anesthésie est complète au point qu'une urtication qui donne naissance à des papules énormes et d'un rouge intense ne procure à la malade qu'une très légère sensation de chatouillement.

11 mai. — Même état; la peau est froide, d'un blanc mat, complètement exsangue; la malade est plongée dans une indifférence et dans une inertie désespérantes. Le soir une attaque met fin à cet état, et au réveil il ne reste aucun souvenir sur les événements des trois derniers jours. On a beau rappeler à la malade ses actes et ses paroles, elle ne peut croire ce qu'on lui dit et en demeure très affectée...

11 juillet. — Ce matin elle avait été soumise au drap mouillé. Une heure après, subitement elle a jeté un cri, puis il y a eu contraction de tous les

muscles extenseurs; les yeux étaient convulsés en haut, la tête fortement renversée en arrière, la face rouge, absolument comme dans un accès d'épilepsie. Jamais nous n'avions observé ces phénomènes. Ils ont duré une minute; puis, une attaque hystériforme, sans écume à la bouche, est survenue.

9 septembre. — Depuis deux mois il n'y a eu d'accidents que de loin en loin. Aujourd'hui il y a des douleurs dans le membre inférieur gauche. L'éthérisation ne réussit pas à les calmer, non plus que l'électricité qui détermine des spasmes du larynx. La voix s'éteint, le pouls baisse, la malade semble à l'agonie et accuse un froid glacial dans les jambes dont la température n'a cependant pas varié. Toute la journée elle paraît épuisée et demeure plongée dans un état extatique. Le soir survient une attaque d'hystérie semblable à toutes les autres, mais après le paroxysme, et avant le retour de la connaissance, il s'y mêle des accès épileptiques. Les grandes convulsions ayant cessé, les membres supérieurs restent étendus et rigides, les pouces sont fléchis dans la paume de la main, les autres doigts sont étendus ou fléchis. La tête se dévie à droite, la face ne grimace pas. Il y a des secousses dans les bras à la fin de chaque expiration, qui est bruyante et qui amène de l'écume à la bouche. La perte de la connaissance est totale, les pupilles sont égales, l'insensibilité est absolue et universelle. Au bout d'une minute, résolution et coma. Puis, au réveil, les yeux s'ouvrent, mais la malade ne dit rien; elle paraît ne rien voir et cherche à rassembler ses idées; une expression d'étonnement se peint sur sa figure. Ces accès se répètent plusieurs fois de suite à de très courts intervalles, et sans que la malade ait le temps de reprendre complètement connaissance; elle dit seulement après quelques-uns d'entre eux, et dans un état de demi-lucidité : « Allons travailler, je veux repasser le linge. » Les questions les plus variées, les excitants de toute nature restent sans réponse et sans effet. Le chloroforme en inhalations, la compression de l'épigastre, enrayent ou retardent quelques accès qui font alors place à de l'extase. Le pinceau électrique fait cesser cette extase et, pendant un instant, la connaissance renaît, on obtient même quelques réponses de la malade, mais l'extase recommence bientôt et dure jusqu'à minuit.

25 octobre. — Pendant un mois la santé a été assez bonne. Hier soir une attaque hystérique, survenue sans cause appréciable, a été suivie de somnambulisme, après lequel tout à coup s'est montré un accès produisant fixité du regard, pâleur de la face, contracture, raideur des membres, puis convulsions cloniques, courtes et égales, écume à la bouche, ronflement, puis résolution et retour au somnambulisme avec anesthésie complète et générale...

En résumé, il ressort des observations précédentes, que le somnambulisme hystérique présente avec la troisième période de la grande attaque, des affinités qu'on ne saurait méconnaître, et qu'il se montre de préférence mêlé aux attitudes passionnelles de la troisième période, ou les remplaçant dans le cours d'une attaque.

b) LE SOMNANBULISME N'EST ACCOMPAGNÉ QUE DE QUELQUES-UNS DES PHÉNOMÈNES APPARTENANT AUX QUATRE PÉRIODES DE L'ATTAQUE

Deux observations recueillies dans la clientèle de ville de M. Charcot, montrent l'accès de somnambulisme hystérique, précédé, dans l'une, de crises épileptiformes, et, dans l'autre, qui a trait à un jeune garçon, de crises convulsives avec sanglots et pleurs.

Observation XLIV. — Voici les quelques renseignements du docteur Hillairet, au sujet d'un jeune malade, qu'il adresse à M. Charcot.

« Je vous adresse le jeune élève du lycée X..., sujet depuis quelque temps à des crises nerveuses hystériques. Samedi dernier, à cinq heures du soir, il a été pris de convulsions avec rires et pleurs. Cet état était accompagné d'une hyperesthésie extraordinaire, à tel point que le moindre frôlement, même sur les vêtements, provoquait aussitôt une secousse générale dans tous les membres et il a été suivi par une scène de somnambulisme qui a duré trois quarts d'heure environ. Pendant cette nouvelle phase, notre jeune homme se promenait les yeux fermés, parlait et faisait des calculs sans lumière aucune. L'hyperesthésie a persisté tout le temps, et il n'était pas possible de l'effleurer sans provoquer un tressaillement violent. Tout cela s'est terminé par une détente générale, et le malade a ouvert les yeux dans son état habituel, sans fatigue aucune. Il paraît qu'il a eu plusieurs crises de ce genre déjà, et dont la durée a été beaucoup plus longue. L'an dernier, l'une d'elle a duré un jour et une nuit. »

Une note jointe à la lettre de M. Hillairet, ajoute ces quelques renseignements :

Agé de vingt ans, atteint depuis un an et demi d'accidents hystériformes, avec somnambulisme. Les accès sont le plus souvent causés par une fatigue excessive ou un chagrin.

Pendant l'accès de somnambulisme arrivé en novembre, il a écrit une lettre, fait un repas, joué aux dames.....

Il ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant l'accès.

Observation XLV. — *Crises de somnambulisme hystérique précédées d'accès épileptiformes.*

Mlle X..., arrivée de La Havane à Paris depuis cinq ans, âgée de vingt ans, pâle, laide, petite, un peu boulotte et lymphatique.

Elle demeure depuis cette époque avec sa belle-sœur et sa mère. Lors de son arrivée à Paris, elle apprit que son père venait d'y mourir : elle en fut vivement frappée, et c'est à partir de cette époque qu'ont commencé les accidents qu'elle éprouve encore aujourd'hui, à savoir : somnambulisme spontané et crises hystériques épileptoïdes peu accentuées, esquissées.

Elle s'endort tout à coup, sans autre prodrome qu'une douleur sincipitale ; elle s'endort les yeux ouverts, marche, s'agite, parle. Il n'y a pas de chute au début de l'accès. L'état peut durer plusieurs heures, une journée entière, quelquefois on la couche dans cet état.

La nuit, elle se relève souvent dans le même état, se promène dans l'appartement. Toujours en pareil cas elle cherche sa tante, et s'irrite beaucoup quand elle ne la trouve pas; elle a au contraire de la répulsion pour sa mère. On n'a pas encore trouvé moyen de la réveiller à coup sûr. Dans ces derniers temps, les accès se sont un peu éloignés ; mais il s'y est adjoint de l'excitation, des tentatives de suicide, elle a menacé de se jeter par la fenêtre.

Elle ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé.

La plupart des attaques de somnambulisme débutent d'emblée; d'autres fois, elles sont précédées de crises épileptoïdes avec tétanisme des bras, gonflement du cou, perte de conscience, après quoi le somnambulisme commence.

Il paraît qu'autrefois, à l'origine, les crises épileptoïdes ont été plus violentes et plus nombreuses, s'entremêlant avec les crises de somnambulisme, sans qu'on ait pu préciser le mode de cette combinaison.

On ne s'aperçoit de la somniation que par la fixité du regard et les modifications dans l'attitude. On n'a pu me dire s'il y avait palpitation des paupières.

La malade montre très nettement une douleur ovarienne gauche. Il n'y a pas d'anesthésie nette de ce côté. Elle est assez bien réglée. Les accès surviennent surtout à l'époque des règles. Elle reste donc aujourd'hui quelquefois trois semaines sans accès.

Les nuits sont agitées par des rêves pénibles, des cauchemars, vue de voleurs, etc...

Elle a cru pendant longtemps que quelqu'un lui tirait la robe par derrière.

Cette jeune fille est manifestement hystérique.

L'ovarie, les hallucinations du jour, les cauchemars de la nuit, et les crises convulsives épileptiformes, même en l'absence de symptômes d'anesthésie ou d'hyperesthésie, indiquent suffisamment que la névrose dont est atteinte la malade, ne saurait être autre que l'hystérie.

Les accès de somnambulisme ont été précédés parfois de crises épileptoïdes. Nous avons affaire ici à une hystérie qui compte le somnambulisme au nombre de ses manifestations.

Le Dr Lunier a rapporté, dans les *Annales de la Société méd. psych.*, une observation dans laquelle les crises de somnambulisme se terminaient par des convulsions hystériques épileptiformes[1].

Observation XLVI. — Lise T..., tempérament lympho-nerveux, née de parents phthisiques, d'une santé d'ailleurs fort délicate, n'avait que de rares

1. *Ann. méd. psych.*, 1858, p. 231.

et faibles accès d'hystérie, lorsque, à l'âge de quatorze ans, elle fut atteinte d'une névrose caractérisée par des accès de somnambulisme qui se terminaient eux-mêmes par des convulsions hystériques ou épileptiformes. Ces accès revenaient presque tous les mois et plusieurs jours consécutifs, immédiatement après la menstruation, qui était d'ailleurs régulière, mais insuffisante.

Des expériences intempestives, tentées dans le but de magnétiser Lise, paraissent avoir déterminé les crises de somnambulisme.

Cette jeune personne fut magnétisée dans la suite par M. Lunier et devint en peu de temps un *sujet* remarquable.

Dans une observation publié par M. Moissenet sous le titre d'*Observation de somniation spontanée avec convulsions hystériformes*[1], le début des scènes de somnambulisme était brusque. Mais le retour à l'état normal spontané ou provoqué était toujours signalé par des convulsions cloniques, générales ou partielles, des pleurs et des sanglots. La malade était une jeune fille américaine de l'âge de neuf ans. Les attaques changèrent de caractère à la suite de l'apparition des règles qui, chose extraordinaire dans nos climats, survinrent à l'âge dix ans. Elles devinrent alors uniquement convulsives; on y retrouve signalée la phase épileptoïde avec prédominance marquée du tétanisme; la malade se plaçait ensuite en *arc de cercle.*

Voici un résumé de cette observation.

OBSERVATION XLVII. — *Attaques de somniation se terminant par des convulsions. Dans la suite attaques plus franchement hystéro-épileptiques; arc de cercle.*

Mademoiselle X..., américaine, a quitté les Grandes Antilles à l'âge de huit ans, vers la fin de l'année 1849, pour venir habiter Paris avec toute sa famille. Enfant gâtée, capricieuse, emportée.

En juin 1850, maladie du grand-père, qui meurt le 9 juillet. Sa petite-fille l'aimait passionnément.

Du 1er au 25 juillet, fièvre typhoïde de l'enfant.

Janvier, février 1851. — Premiers symptômes nerveux. — Modification du caractère, tristesse, dégoût du travail et des amusements. Il semble que quelques accès de catalepsie soient passés inaperçus, car il est dit qu'elle restait souvent immobile, sans mot dire, les yeux fixes, et puis sortait de cet état d'extase pour pleurer. Le plus souvent elle demeurait étrangère aux conversations qui avait lieu devant elle, ou n'y prenant part qu'accidentellement et brusquement, comme si elle sortait d'un rêve.

Alors surviennent les attaques de somniation (avril):

« Quatre, cinq ou six fois par semaine en plein jour et jamais pendant la nuit, à jeun comme après le repas, toujours à la maison jamais dans la rue, l'enfant était prise d'un besoin irrésistible de dormir, fermait les yeux et

1. *Actes de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, deuxième fascicule, p. 223

perdait complètement l'usage de ses sens... Le plus souvent le sommeil continuait quoi qu'on fît. Et l'enfant rêvait tout haut de son grand-père qu'elle aimait tant; puis plus tard de sa tante, dont le souvenir, pendant la vieille, était toujours plus ou moins uni à celui de son grand-père. Le retour à l'état normal, spontané ou provoqué, était toujours signalé par des convulsions cloniques, générales ou partielles, des pleurs et des sanglots. »

A la date du 27 mai une de ces attaques est décrite tout au long.

Véritable scène de somnambulisme. La malade après s'être endormie, ouvre les yeux, se lève, marche, poursuit une hallucination.., etc... Insensibilité absolue.

Au 15 juillet. — Amélioration par un traitement ferrugineux, les attaques cessent pour faire place à une toux convulsive qui résiste à tout traitement.

16 août. — Retour des accès de somniation semblables à ceux du commencement de la maladie.

25 août. — Apparition des règles à l'âge de dix ans. La maladie change de caractère, et les attaques deviennent plus franchement hystéro-épileptiques.

« Le 4 septembre, le père vient me dire que la veille à 4 heures du soir, après quelques instants d'un silence obstiné, pendant lequel sa figure exprimait la tristesse la plus sombre, la jeune fille s'était mise à courir dans l'appartement, en proie à une agitation convulsive générale, heurtant et frappant tout ce qu'elle rencontrait, meubles et personnes. Puis, tout à coup, *elle était tombée sur le carreau sans connaissance et dans un état de rigidité inflexible, les membres supérieurs et les inférieurs étendus horizontalement, de manière à former un grand X ayant le tronc pour centre. Enfin le tronc s'était recourbé jusqu'à n'avoir d'autre point d'appui sur le sol que l'occiput et les talons.* Des inhalations ammoniacales lui avaient donné à deux reprises comme des secousses électriques, après lesquelles elle était tombée dans un assoupissement profond. Enfin un quart d'heure après le début de cette attaque, une troisième inhalation d'ammoniaque avait déterminé un réveil définitif; puis elle était resté pendant quelques minutes dans un abattement pénible et exprimant par gestes qu'elle avait des étourdissements et une douleur vive à la tempe gauche. Enfin elle avait repris l'usage de la parole pour dire qu'elle venait de voir ses parents d'Amérique et pour annoncer la mort d'une tante dont, peu de temps auparavant, on avait appris la maladie. Je me hâte de dire que cette prédiction ne s'est point réalisée. »

Il est facile de trouver là les principaux traits de notre description de l'attaque hystéro-épileptique: mutisme et agitation des prodromes; phase épileptique marquée par la prédominance du tétanisme; arc de cercle; des inhalations ammoniacales arrêtent ici l'attaque. Mais à son reveil la malade se plaint d'étourdissement et de douleur vive à la tempe gauche.

Enfin la 4e période est nettement marquée par ce besoin de prédiction qu'on retrouve si souvent chez les hystériques.

Pendant plusieurs jours les attaques se reproduisent de la même façon. M. Moissenet en complète ainsi la description:

« L'incurvation du tronc, comme l'extension des membres, augmente par secousses successives. A mesure que l'occiput se rapproche de la colonne vertébrale, la face devient livide; les traits contractés expriment la douleur, d'abord les yeux sont fermés et la saillie de la cornée sous les paupières permet de suivre les mouvements de rotation convulsive du globe de l'œil;

puis les paupières, brusquement écartées, laissent à découvert l'œil au regard fixe et hébété, à pupille dilatée et immobile. La vue, l'ouïe, la sensibilité paraissent abolies. »

Enfin la reprise du traitement ferrugineux, l'intimidation par menace de séquestration, éloignent les accès, qui ont disparu en septembre. Au moment du départ pour l'Amérique, mi-octobre, la guérison s'était maintenue.

Je rapporterai pour terminer une observation publiée par M. Chambard dans la *Revue mensuelle*. Ce fait, intéressant à plus d'un titre, servira de transition entre les faits dont il s'agit ici et ceux que j'ai rangés dans la catégorie suivante.

La malade avait deux sortes d'accès de somnambulisme : les uns simples, les autres complexes précédés de phénomènes hystériques.

Les accès simples étaient tantôt spontanés, tantôt provoqués. Dans les deux cas ils présentaient les mêmes caractères.

Enfin je désire rapprocher les hallucinations provoquées, pendant l'état de somnambulisme, chez la malade de M. Chambard, de ce que nous avons observé chez nos hystériques de la Salpêtrière et que nous décrirons plus loin sous le nom d'état de suggestion.

Observation XLVIII. — *Somnambulisme revêtant les mêmes caractères, qu'il soit spontané ou provoqué. Somnambulisme spontané précédé parfois de phénomènes hystériformes.*

... Les accès de condition seconde peuvent se présenter sous deux formes : dans l'une, la malade ressemble à une personne plongée dans un sommeil calme : c'est la forme simple; dans l'autre, on peut observer différents troubles du système nerveux et du délire spécial : c'est la forme complexe. Nous décrirons d'abord la première.

1° Accès simple. — Que l'accès se produise seul ou soit provoqué par l'un quelconque des moyens que nous énumérerons plus loin, le passage de l'état normal à l'état de somniation se fait avec une grande rapidité, et une certaine attention est nécessaire pour en bien saisir toutes les phases.

Cherche-t-on à provoquer l'accès, par exemple, en comprimant l'un des ovaires, on voit, au bout de quelques instants, un léger frémissement, puis un clignotement rapide animer les paupières supérieures; les globes oculaires subissent un mouvement de circumduction qui porte les pupilles successivement en haut, puis en haut et en dedans; les yeux se ferment, les bras retombent inertes, et le sommeil s'établit habituellement après quelques mouvements de déglutition.

La malade, interrogée sur ce qu'elle éprouve depuis le moment où on commence la compression de l'ovaire jusqu'à celui où elle perd connaissance, indique une boule qui remonte de la région ovarienne comprimée à l'épigastre et de là au cou, où elle détermine une sensation de strangulation. Les souvenirs ne peuvent aller plus loin, car, à ce moment précis, à la condition nor-

male succède la condition seconde, dont elle ne doit conserver aucun souvenir.

Dans cet état, Armandine H... semble dormir, mais elle entend tout ce qui se passe autour d'elle, et, en la pressant un peu, on peut soutenir avec elle une conversation. Ses réponses sont seulement plus lentes, plus traînantes qu'à l'état de veille, et elle a si peu la notion de l'état dans lequel elle se trouve qu'elle repousse alors énergiquement toute offre de l'endormir. Elle a cru pendant longtemps que l'occlusion des yeux était le seul moyen que nous eussions à notre disposition pour atteindre ce résultat, et, dès que nous faisions mine de lui toucher les paupières après l'avoir endormie par un autre moyen, elle s'y refusait vivement et protégeait de son mieux ses yeux contre nos tentatives. D'autre part, à l'état de veille, elle se laissait hypnotiser sans aucune défiance par tout autre procédé que par celui de l'occlusion des yeux.

Le pouls et la respiration sont réguliers, les membres soulevés retombent doucement, et nous n'avons pu par aucun moyen, ni par l'ouverture des paupières, ni par aucun des procédés classiques, provoquer de catalepsie générale ou partielle. Les mouvements volontaires ont conservé toute leur intégrité. Armandine H... se retourne dans son lit comme une personne qui rêve; la sensibilité, quelquefois abolie, est toujours très émoussée; on peut pincer fortement la malade, serrer un pli de sa peau sans déterminer de plaintes ni de mouvements de défense.

Le retour à l'état normal se fait soit spontanément au bout d'un temps qui varie de quelques minutes à plusieurs heures, soit sous l'influence d'excitations variées : ouverture des paupières, insufflations sur les yeux, frictions des paupières, excitations douloureuses de la peau sans qu'il soit possible toutefois de réveiller la malade aussi sûrement et aussi promptement qu'il avait été possible de l'endormir. L'état de condition seconde cesse aussi brusquement et d'une manière aussi inattendue qu'il s'était établi ; notre sujet ouvre lentement les yeux et se remet à parler et à agir comme si rien ne lui était arrivé.

A la suite de ces accès, qu'ils soient spontanés ou provoqués, Armandine H... est grognon, triste, se plaint vivement de douleurs dans la tête, dans les membres, se cache sous ses couvertures; elle sent, dit-elle, la boule redescendre du cou au bas-ventre, en suivant le même chemin qu'au moment de son ascension : pour elle d'ailleurs, le temps qui sépare ces deux voyages, dont l'un marque le début et l'autre la fin de la somniation, est tout à fait inappréciable. En résumé, ces accès sont suivis d'une certaine fatigue : aussi cette jeune fille, bien que très douce et très complaisante, montre-t-elle peu de goût pour nos expériences et, dès qu'elle nous voit, protège-t-elle ses yeux, si elle est couchée, et se sauve-t-elle, si elle est levée, jusqu'au moment de notre départ : elle paraît fort peu disposée, à l'inverse de beaucoup de sujets de son espèce, à exploiter son cas pour attirer sur elle l'attention et l'intérêt.

Revenue à la vie normale, elle ne conserve aucun souvenir ni des expériences auxquelles elle a été soumise, ni de ce qu'elle a dit et fait, ni du temps écoulé pendant la durée de la condition seconde. Cet oubli s'étend même aux faits qui ont précédé de peu le début de celle-ci, et si, par exemple, nous avons soin de l'endormir dès notre arrivée, elle se montre fort étonnée, en ouvrant les yeux, de nous trouver à son côté. Mais, tandis que cette amnésie n'est ni complète ni définitive et disparaît assez rapidement, celle qui a pour objet la période de somniation est complète, absolue, et semblable à celle qui caractérise l'accès épileptique : tantôt, en effet, notre malade est très surprise de ne

plus retrouver son vin qu'elle a bu pendant l'accès et accuse vivement ses voisines de le lui avoir dérobé; tantôt elle est toute stupéfaite de se trouver assise sur une chaise, à une grande distance de son lit.

2° Accès complexes. — Phénomènes hystériformes. Délire somnambulique. L'accès dont nous venons de retracer les différentes phases peut débuter par une série de phénomènes qui rappellent le début d'une attaque d'hystérie : spasmes toniques et contorsions des membres, sensation de strangulation que la malade exprime en portant la main à son cou et en disant à plusieurs reprises : « J'étouffe! », face vultueuse, respiration profonde et précipitée. Cette ébauche d'attaque hystérique précède surtout les accès somnambuliques qui reconnaissent pour cause une émotion, une frayeur telle qu'elle en ressentit à plusieurs reprises par le fait de malades aliénées et agitées qui occupaient la même salle.

Les phénomènes du même ordre se sont encore montrés chez Armandine H... dans le cours de l'accès. Souvent elle donnait des signes de terreur ou de joie, sa figure exprimait la souffrance ou la gaieté, elle riait ou versait des larmes et traduisait ainsi des états psychiques divers qui pouvaient se manifester spontanément sous la forme d'un délire spécial dont nous devons maintenant nous occuper ou qu'un interrogatoire bien dirigé pouvait mettre en lumière. Nous ne saurions mieux donner une idée de ce délire et de la manière d'en provoquer les manifestations qu'en relatant un de ces accès choisi parmi les plus complets que nous ayons pu observer chez notre malade.

Armandine H... était endormie depuis quelques instants, selon l'expression impropre et consacrée par l'usage; nous lui suggérons l'idée de sa mère, et nous voyons de cette suggestion se dérouler toute une scène psychologique dont nous essaierons de donner une idée [1].

Elle voit sa mère et décrit son ajustement : elle saisit un couteau pour s'en frapper (à ce moment, la physionomie de notre malade exprime la terreur et la souffrance, et elle se met à pleurer). Sa mère lui fait peur, elle la croit prête à se jeter sur elle, craint qu'elle n'ait contre elle de la « rancune » et ne veuille l'empoisonner.

Elle voit ensuite son père qui se jette sur sa mère pour l'empêcher de se tuer et décrit également son costume. La scène alors se complique : elle voit la chambre où se joue le drame qu'elle décrit, les meubles, les objets qu'elle renferme qui lui sont familiers.

D'autres tableaux de plus en plus complexes et dont les auteurs sont de plus en plus nombreux, se succèdent alors : la porte de la chambre s'ouvre, et avec un rayon de soleil sa sœur entre en disant : « me v'là ». Armandine lui cherche querelle pour avoir omis de s'acquitter d'une commission; les deux sœurs se « chamaillent » et échangent déjà « des gifles », lorsqu'un cousin qui paraît jouer un certain rôle dans le cœur de notre malade les sépare et lui donne raison. Celle-ci de s'écrier alors avec un air de vanité naïve : « Je lui dis qu'il ne faut pas qu'elle me mène, et mon cousin me donne raison. »

1. Ces phénomènes sont de même ordre que ceux que je rapporterai plus loin sous la dénomination d'hallucination provoquée pendant l'état de somnambulisme. J'ai insisté sur ce fait que la malade pouvait se maintenir dans les limites de la suggestion, mais aussi qu'en vertu de l'association des idées et suivant la richesse de son imagination ou la vivacité de sa mémoire, elle pouvait faire subir au thème imposé des développements plus ou moins étendus.

Mettant alors notre jeune fille sur l'emploi de la journée précédente, nous obtenons d'elle le récit circonstancié des visites qu'elle a reçues et de celle d'un de nos amis et des tentatives infructueuses qu'il a faites pour l'endormir : elle nous raconte encore comment, dès qu'elle nous vit venir pour notre visite du soir, elle se cacha et épia notre départ pour regagner son lit.

Elle repousse notre proposition de se lever et de faire un tour dans la salle en déclarant avec un air de satisfaction visible qu'elle est « trop bien dans son lit pour en sortir »; elle s'oppose également à ce que nous l'endormions, en déclarant que cela lui fait mal à la tête et lui donne des crampes d'estomac. Elle nous raconte enfin dans les mêmes termes que pendant l'état normal les sensations qui, chez elle, précèdent le sommeil et suivent le réveil, sans omettre les migrations de la boule qui monte du ventre au cou dans le premier cas et dans le second regagne son point de départ.

Dans une autre expérience, nous avions endormi la malade en faisant briller à ses yeux la lumière d'un ruban de magnésium. A peine le sommeil était-il obtenu qu'elle se plaignait de douleurs dans les membres et se livrait tour à tour aux rires et aux larmes. — Elle se souvenait parfaitement d'avoir vu une flamme éclatante; quelques minutes après, elle voit une lumière éblouissante rouge, et cette vision reparaît à plusieurs reprises avec une intensité et une durée décroissantes[1].

c) LE SOMNAMBULISME APPARAIT SOUS FORME D'ACCÈS DISTINCTS CHEZ UNE MALADE QUI D'AUTRE PART A DES ATTAQUES CONVULSIVES OU SIMPLEMENT D'AUTRES SIGNES D'HYSTÉRIE

Presque toutes les malades dont les accès d'hystérie sont entremêlés de phénomènes somnambuliques présentent des accès de somnambulisme isolés.

Briquet rapporte le cas d'une jeune fille hystérique qui avait tous les jours deux attaques d'hystérie : l'une à midi, qui était une attaque hystérique convulsive ordinaire, de moyenne intensité et d'une durée d'un quart d'heure; l'autre, qui avait lieu régulièrement tous les soirs entre six et sept heures, était une attaque de somnambulisme. Elle se levait, allait regarder à une fenêtre voisine, avec une attention que rien ne pouvait distraire, car elle n'entendait rien de ce qu'on lui disait, et paraissait ne pas voir autre chose que ce qu'elle regardait. Si on l'éveillait en la secouant un peu dans cette position, elle tombait *raide à bas de sa chaise, jetait un grand cri, et avait une petite attaque convulsive.* Au début de son premier sommeil, il y *avait un léger raidissement du corps et un moment de coloration rouge à la figure.*

L'observation suivante due à M. Lasègue, et rapportée dans la thèse

1. *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, n° 4, 10 avril 1879, p. 276. — *Cas d'hystérie avec somnambulisme*, par E. Chambard.

de M. Espanet, nous montre, chez une jeune fille agée de dix-huit ans, l'hystérie, préparée depuis deux ans par l'impression vive d'une grande frayeur, se manifestant subitement, à la suite d'une violente émotion, par des attaques convulsives.

Puis les attaques changent de forme, et surviennent des attaques de sommeil dans lesquelles nous trouvons, comme symptôme prédominant, cette singulière hyperesthésie *élective* du tact que j'ai signalée dans le cours de nos expériences sur le somnambulisme provoqué et dont l'observation déjà rapportée (page 267) renferme un intéressant exemple.

Observation XLIX. — *Frayeurs. — Crises convulsives. — Attaques de somniation; sensibilité élective.*

« Mademoiselle X... a dix-huit ans. A l'âge de seize ans, elle est vivement impressionnée par la nourrice qui l'avait élevée, laquelle est prise d'un accès de manie aiguë dans la nuit. L'enfant, terrifiée, reste pendant deux ans sous l'influence d'une frayeur persévérante : elle croit toujours voir sa nourrice en délire au chevet de son lit, s'endort difficilement, et est prise pendant la journée d'accès de terreur, toujours portant sur la même vision. La plasticité de l'idéation est à son comble chez elle.

» A la fin de 1874, cette jeune fille, qui habitait un pays colonial, est appelée en toute hâte avec sa mère à Paris, à cause de la maladie d'un de ses oncles. Le voyage, accompli aussi rapidement que possible, est plein d'inquiétudes. A leur arrivée à Paris, elles descendent à la maison de leur parent, se précipitent dans sa chambre et le trouvent venant d'expirer dans son lit. — La jeune fille est prise d'une attaque d'hystérie violente et prolongée.

» A partir de ce jour, l'insomnie est remplacée par des accès brusques et subits de *sommeil*. En parlant, en mangeant, en faisant de la musique, elle tombe tout à coup dans un sommeil profond dont il est difficile de la sortir et qui se prolonge, soit pendant un court espace de temps, soit pendant plus de dix et douze heures. Pendant ce sommeil, *les yeux sont convulsés*, renversés en arrière. *La sensibilité intacte pendant la veille se trouve annulée.*

» Le soir, l'enfant s'endort aussi brusquement; mais le sommeil prend un caractère d'agitation tout particulier. Elle se remue, se tord dans son lit, jette ses couvertures, crie, pleure, chante. Peu à peu cette excitation nocturne se passe, et elle se présente aujourd'hui dans les conditions suivantes :

» Une des parentes de l'enfant, qui, pendant le jour, n'a sur elle qu'une autorité douteuse, est la seule personne avec laquelle elle consente à rester en communication. *Elle ne s'endort qu'à la condition de lui tenir la main.* Si cette parente lui parle, même à voix très basse, elle répond immédiatement à toutes ses questions. Toute autre personne, criant même à ses oreilles, n'obtient pas de réponse, et n'éveille même pas la plus légère apparence de perception auditive. C'est ce qu'on peut appeler de l'*audition élective.*

» Lorsque sa parente applique son doigt, sa main sur une partie quelconque de son corps, l'enfant se laisse faire et semble éprouver une sensation

agréable. Lorsqu'au contraire le contact est fait par une personne quelconque autre que la parente, par sa mère même, l'enfant est prise d'une convulsion qui lui fait pousser un gri aigu et se rejeter au loin. M. Lasègue essaye de substituer un doigt dans les quatre doigts que la tante applique sur le bras de l'enfant ; immédiatement la convulsion commence ; elle cesse dès qu'il l'enlève et recommence aussitôt qu'il le replace. L'enfant, du reste, est tournée du côté du mur et a les yeux fermés.

» Un incident, dont fut particulièrement témoin M. Lasègue, est celui-ci. Pendant que sa mère est seule près de son lit, et que les autres personnes sont à côté dans une chambre, mademoiselle V... veut se lever : la mère la reçoit dans ses bras. Immédiatement accès convulsif terrible de grande hystérie à ce contact.

» Au point de vue des mouvements, elle se lève en dormant, se promène, va jouer du piano ; mais elle exécute maladroitement ces mouvements, lève le couvercle de l'instrument avec difficulté, et s'est heurtée contre les meubles pour s'y rendre.

» En outre, dans la nuit, livrée à elle-même, sans excitation extatique, elle est presque constamment poursuivie par l'image de la mort ; alors elle se précipite vers la fenêtre et se jetterait en bas, si on ne l'arrêtait.

» Cet état dure depuis novembre dernier, et ne s'est pas sensiblement amélioré, aujourd'hui 25 juin 1875.

» Comme antécédents de famille, cette jeune fille a deux oncles épileptiques et deux frères morts de méningite. Elle-même, vers l'âge de onze ans, a présenté des troubles cérébraux qui lui ont fait perdre la vue d'un côté [1]. »

La malade qui fait le sujet de l'observation suivante n'a jamais eu d'attaques convulsives, mais l'hystérie est décelée par les accidents les plus variés. Il existait, en outre, des attaques de catalepsie, et des accès de sommeil artificiel pouvaient être provoqués, qui ont présenté avec ce que nous avons vu chez nos hystériques de grandes analogies.

Observation L. — *Phénomènes hystériques variés, pas d'attaques convulsives. — Attaques de catalepsie. — Somniation provoquée ; phénomènes de catalepsie avec roideur comparable à celle des articulations des mannequins des peintres.*

Hôpital de la Pitié. — Service de M. Lasègue. Saint-Charles. — Émilie, vingt-cinq ans. Je passe sous silence le commencement de l'observation, où il est question de vomissements, de paralysie du membre inférieur droit avec anesthésie, tympanite, hématémèse, hyperesthésie de la région ovarienne, etc. ; pas d'attaques convulsives.

Depuis sa seconde entrée à la Pitié, il s'est ajouté à l'état ordinaire des attaques de catalepsie qui la surprennent de temps en temps dans son lit.

Ces attaques varient d'intensité et de durée, et se montrent à des inter-

1. *Hystéricisme et hystérie, du sommeil hystérique en particulier,* par Fernand Espanet, 1875, p. 33.

valles encore éloignés. C'est une contrariété qui a amené la première crise, et c'est la même cause qui les reproduit depuis. Les crises durent depuis quelques minutes, jusqu'à un jour entier et plus.

Les essais de sommeil artificiel tentés chez elle ont complètement réussi; par la fixité du regard, on y arrive très bien; mais la malade ne veut plus s'y soumettre. L'occlusion des paupières produit le même résultat.

« Ce jour-là, 19 mars, pendant que j'étais en train d'interroger la malade, deux élèves du service se sont approchés de son lit, et, sans la prévenir, l'un d'eux lui a fermé les yeux avec la main. La malade a essayé de lutter quelque peu ; mais au bout de quinze secondes tout au plus, ses bras se sont raidis de chaque côté du tronc, le visage, qui exprimait la plus vive contrariété de cette agression intempestive, est devenu d'une placidité remarquable. Je lui ai pris les deux mains, à ce moment-là, et j'ai senti quelques secousses et un léger tremblement qui n'ont été que passagers.

» Elle paraissait endormie du sommeil naturel ; coloration ordinaire du visage, respiration calme, pouls normal. Si on essaye de lui relever les paupières, on trouve les yeux convulsés en haut et en dedans ; mais les paupières retombent dès qu'on les lâche. Les mâchoires sont convulsivement serrées, et on ne peut les entr'ouvrir. Les lèvres, que l'on écarte, reprennent leur première position.

» Les deux bras, pris par le poignet, sont relevés sans grands efforts, à angle aigu, au-dessus de la poitrine : ils oscillent légèrement au moment où on les abandonne, mais ils conservent la position donnée. L'avant-bras gauche est fléchi sur le bras et le membre conserve la position coudée. En exécutant ces divers mouvements, on se rend parfaitement compte de la justesse de la comparaison de M. Lasègue qui a rapproché la résistance des articulations des cataleptiques de celle des mannequins des peintres.

» Pendant ces expériences, un des élèves a entr'ouvert les paupières de la patiente et s'est mis à souffler violemment sur le globe oculaire. En trois ou quatre insufflations, la malade a été réveillée. Elle a commencé par se frotter les yeux, comme quelqu'un qui se réveille, et aussitôt sa figure a repris un air de dépit de ce qu'on venait de l'endormir. Le sommeil n'avait été prolongé que de dix minutes. La malade a voulu parler; mais la contrainte à laquelle elle venait d'être soumise, a déterminé un vomissement de quelques gorgées de sang. Après quoi, elle s'est cachée sous ses couvertures, en proie à une agitation nerveuse qu'elle présente d'autres fois, mais qui ne va jamais chez elle jusqu'à l'attaque hystérique.

» On l'a endormie déjà bien des fois par la fixité du regard et même par des *passes*. Elle répond alors à son opérateur et soutient la conversation. La malade connaît ce détail et m'a dit : « *Je sais que je suis lucide.* » Du reste, il y a perte complète du souvenir, au réveil, de tout ce qu'elle a fait ou a dit pendant son sommeil. C'est du moins la malade qui l'affirme.

» Aujourd'hui, le 15 juillet 1875, Émilie J... est toujours à peu près dans le même état. L'attaque cataleptique n'a reparu qu'une fois depuis le 19 mars. La santé générale n'a changé ni en mieux ni en plus mal. La malade compte bien aller passer quelque temps dans sa famille. »

Je ne veux point multiplier les observations et n'ai point la prétention de signaler toutes les modalités du somnambulisme hystérique. Je pense cependant, par d'assez nombreux exemples de somnambulisme hystérique spontané, avoir mis en relief les principaux caractères à l'aide desquels il serait possible, chez une malade dont l'hystérie ne se traduirait que par des attaques de somnambulisme, de reconnaître la véritable nature des accidents. Les expériences que nous rapporterons plus loin, relatives au somnambulisme provoqué chez les hystériques, viendront compléter cet exposé.

§ 2. — ATTAQUE COMPLIQUÉE DE SOMNAMBULISME ET DE CATALEPSIE

Le somnambulisme et la catalepsie surviennent parfois isolément chez une même malade, constituant chacun des accès d'un genre différent. Mais ils peuvent aussi se montrer réunis dans une même attaque, se succédant l'un à l'autre sans que la malade reprenne connaissance.

On conçoit facilement la possibilité de cette combinaison si l'on se rappelle les connexions qui existent, dans nos expériences d'hypnotisme, entre l'état léthargique et l'état cataleptique. La malade léthargique peut être rendue instantanément cataleptique par le soulèvement des paupières. Pendant qu'elle exécute un acte quelconque de somnambulisme, il suffit de soulever ses paupières pour l'immobiliser et la rendre immédiatement cataleptique [1]. Il n'est donc pas étonnant qu'une certaine variété de somnambulisme, sous l'influence d'une cause extérieure accidentelle, ou d'une nouvelle impression morbide, se modifie et se transforme en catalepsie. Briquet dit que les attaques de catalepsie se transforment parfois en léthargie. L'observation suivante, empruntée à Bourdin, nous paraît être un exemple de somnambulisme succédant à la catalepsie dans une même attaque.

Observation LI, *concernant une fille cataleptique et somnambule en même temps*, par Sauvage de la Croix (*Mém. de l'Ac. des sc.*, 1742, p. 409).

Mademoiselle V***, âgée de vingt ans. Plusieurs attaques de catalepsie pure. « Mais dans le mois d'avril et de mai de la même année 1737, elle eut plus de cinquante attaques d'une autre maladie, dans lesquelles on distinguait trois temps ; le commencement et la fin étaient des catalepsies parfaites, telles que nous les avons vues ci-devant, et l'intervalle, qui durait quelquefois un jour entier ou du matin au soir, était rempli par la maladie que les filles de la

1. Un bruit, un coup de tam tam produisent le même effet. (Voy. plus loin au chapitre hypnotisme.)

maison appelaient l'*accident vif*, donnant le nom d'*accident mort* à la catalepsie.

» Le 5 avril 1737, visitant l'hôpital à dix heures du matin, je trouvai la malade au lit; la faiblesse et le mal de tête l'y retenaient ; l'attaque de catalepsie venait de la prendre, et la quitta en cinq à six minutes, ce que l'on connut parce qu'elle bâilla, se leva sur son séant et se disposa à la scène suivante, que les filles de ce quartier avaient déjà observée plusieurs fois. Elle se mit à parler avec *une vivacité et un esprit qu'on ne lui voyait jamais hors cet état ;* elle changeait quelquefois de propos, et semblait parler à plusieurs de ses amies qui s'assemblaient autour de son lit ; ce qu'elle disait avait quelque suite avec ce qu'elle avait dit dans son attaque du jour précédent, où, ayant rapporté mot pour mot une instruction en forme de catéchisme qu'elle avait entendue la veille, elle en fit des applications morales et religieuses à des personnes de la maison qu'elle avait soin de désigner sous des noms inventés, accompagnant le tout de gestes et de mouvements des yeux, qu'elle avait ouverts, enfin avec toutes les circonstances des actions faites dans la veille, et cependant elle était fort endormie. »

Yeux ouverts. On recherche s'il y a feinte par différents procédés (bougie approchée très près du globe de l'œil, soufflets au visage, grand cri poussé dans son oreille et d'une façon soudaine, sel ammoniac sur la langue, chatouillement de la cornée avec barbe d'une plume, tabac d'Espagne insufflé dans le nez, piqûres d'épingle, etc.). Elle reste insensible à toutes ces irritations.

« Pendant ces entrefaites, comme elle parlait d'un ton plus animé et plus gai, on nous annonça que la scène se terminerait bientôt par des chansons et des sauts, comme c'était son usage. En effet, peu de temps après *elle chanta, fit des éclats de rire et des efforts pour se tirer du lit*, ce qu'elle fit en sautant et poussant des cris de joie. Je m'attendais à la voir heurter contre les lits voisins, mais elle enfila sa ruelle et tourna à propos; évitant les chaises, les tabourets, et, ayant fait un tour dans la salle, elle enfila de nouveau sa ruelle sans tâtonner, se mit au lit, se couvrit, et peu de temps après elle fut cataleptique. Dans moins d'un quart d'heure que la catalepsie dura, cette fille revint comme d'un profond sommeil, et, connaissant à l'air des assistants qu'elle avait eu ses accidents, elle fut extrêmement confuse et pleura le reste de la journée, ne sachant d'ailleurs rien de ce qu'elle avait fait en cet état.

» ..... Jusqu'au 10 février je la perdis de vue, la croyant guérie ; cependant elle ne l'est point : elle a chaque hiver de nouvelles attaques de cet accident vif, avec cette différence que la catalepsie ne les précède pas toujours, et que la privation de sentiment n'est pas si parfaite ; car un jour dans son attaque on la trouva qui parlait à son image qu'elle voyait dans l'eau ; et aux dernières fêtes de Noël, durant une attaque, elle distinguait confusément une personne à ses côtés ; elle s'en souvient même, et dit que le long usage du Mars a produit ce changement. » (P. 64 et suiv., *Traité de la catalepsie.*)

Les connexions étroites qui relient le somnambulisme à la catalepsie, ainsi qu'il ressort de nos expériences sur l'hypnotisme hystérique, se trouvent parfaitement signalées dans une observation d'Alibert rapportée par Favrot[1].

1. *Thérapeutique* d'Alibert, t. II, p. 502. Observation recueillie par le Dr Bouvier, cité par Favrot, *loc. cit.*, p. 58.

Pendant l'accès cataleptique, la malade agée de quatorze ans était très facilement plongée dans le sommeil par les procédés du magnétisme, ce qui ne s'obtenait que d'une façon inconstante et plus difficilement dans l'intervalle des accès.

Une légère excitation du nerf olfactif produisit le même résultat. A deux reprises on plaça sous ses narines un flacon d'odeurs suaves, pendant l'attaque de catalepsie et on obtint sur-le-champ la cessation de cette dernière et le sommeil.

Pendant le sommeil elle répondait aux questions qui lui étaient adressées. Mais il n'est rapporté à ce sujet aucun fait extraordinaire. Elle ne prévoyait assez justement que le retour des prochaines attaques. Aucun souvenir au réveil.

Plus tard, après l'établissement de la première menstruation, les attaques se compliquèrent d'hystérie. On observa également l'aphonie, le délire, le tremblement, les convulsions violentes, et même le somnambulisme naturel.

CHAPITRE X

ANALOGIES ENTRE LE DÉLIRE DE LA GRANDE HYSTÉRIE ET LES TROUBLES CÉRÉBRAUX OCCASIONNÉS PAR L'ABSORPTION DE DIVERSES SUBSTANCES TOXIQUES

Il existe entre les troubles intellectuels et sensoriaux de la grande hystérie et les effets produits sur l'intelligence par l'absorption de diverses substances toxiques des analogies vraiment saisissantes. Je n'ai pas dessein de forcer le raisonnement et de conclure des ressemblances extérieures à une identité de nature. D'ailleurs, à côté des points de rapprochement, on verra s'accuser quelques contrastes.

Bien que nous nous trouvions ainsi un peu entraînés hors du champ limité de nos études, j'espère que ce ne sera point là un travail inutile. Cette digression nous fournira les éléments d'une appréciation mieux éclairée. Si le mécanisme intime des troubles mentaux de la grande hystérie nous échappe, du moins ils ne nous apparaîtront plus comme un fait isolé et sans analogues dans l'histoire des désordres de l'intelligence, et nous les verrons se rapprocher, par des analogies indiscutables, du grand groupe des névroses psychiques artificielles.

Nous passerons en revue successivement l'action de l'alcool, de l'absinthe, de l'opium et du hachisch[1].

1. Je ne parlerai pas ici des effets du protoxyde d'azote, qui d'après la relation qu'en a laissée sir Humphry Davy, offrent de grandes analogies avec ceux du hachisch, non plus que des effets produits par la belladone, le datura stramonium et diverses substances narcotiques, dont l'action se rapproche beaucoup de celle de l'opium.

§ 1. — ACTION DE L'ALCOOL

L'accès de délire alcoolique offre de grandes analogies avec le délire qui termine la grande attaque d'hystérie. En voici les principaux caractères tracés d'après les travaux du Dr Magnan.

1° Les phénomènes intellectuels consistent surtout en troubles hallucinatoires, le plus souvent de nature pénible, quelquefois cependant de nature gaie. Nous avons vu dans le délire hystérique des scènes terribles alterner avec les scènes agréables, celles-là l'emportant en fréquence et en durée sur celles-ci. Ici le côté sombre du tableau paraît s'accuser encore davantage et les impressions de terreur dominent la situation. On peut cependant citer des exemples d'hallucinations agréables. « Quelques malades... entendent des musiques, des voix mélodieuses ; ils voient des paysages, des tableaux qui les charment ; l'un d'eux prétendait sentir les parfums les plus exquis. Un ancien militaire qui avait fait les campagnes de Crimée et du Mexique, et qui avait passé plusieurs années en Algérie, voyait, dans son accès de délire alcoolique, des forêts magnifiques, avec des arbres immenses ; des groupes de jeunes filles, chantant, dansant, traversant des bosquets de fleurs éclairées de mille couleurs..., mais encore, quelques instants après, le tableau s'assombrissait, et les lions, les hyènes et les serpents remplaçaient les fleurs et les danseuses [1].

2° Un autre caractère des conceptions délirantes et des perceptions illusoires des alcooliques, c'est leur mobilité. Hommes, choses ou animaux, tout ce qui fait l'objet des hallucinations se meut et se déplace. Les hallucinations gaies succèdent aux hallucinations tristes et réciproquement.

3° Ces hallucinations, qui varient à l'infini, reflètent souvent l'objet soit des occupations journalières, soit des préoccupations dominantes du moment. Le sujet en est complètement imaginaire ou bien il reproduit les vives émotions du passé.

4° Enfin nous signalons la fréquence des visions d'animaux, rats, chats, araignées, insectes, bêtes fabuleuses, etc.....

Brierre de Boismont sur 21 cas de *delirium tremens*, dont trois seulement ont été graves, a rencontré 20 malades qui voyaient des chats,

1. Magnan, *de l'Alcoolisme, des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement.* Paris, 1874, p. 37.

des chiens, des souris, des moutons, des singes, des serpents, etc., qui couraient sur les draps, le lit, les murailles. Les représentations d'animaux étaient seules ou associées à des figures d'hommes, d'un aspect désagréable, souvent vêtus de noir, qui faisaient des grimaces ou proféraient des menaces, montaient rapidement le long des murs, des tuyaux de poêle, des cheminées et disparaissaient par les ouvertures ou passaient à travers les murailles. Ces apparitions avaient lieu à chaque instant; elles duraient un, deux ou trois jours, quelquefois plus longtemps et cessaient en même temps que se produisait l'amélioration de la santé [1].

Parmi les observations que cite le docteur Magnan, on trouve des exemples bien remarquables où les analogies que j'indique ici sont faciles à apprécier [2].

Observation LII. — Un ancien militaire, âgé de 52 ans, qui a contracté en Afrique l'habitude de boire et que son métier de gaveur aux Halles met à même de satisfaire son goût pour la boisson, est bientôt pris d'accidents alcooliques aigus pour lesquels il est envoyé à Sainte-Anne.

Il buvait habituellement du vin, quelquefois de l'eau-de-vie, rarement des liqueurs.

« ... A son entrée, le 18 avril, il est sans cesse en mouvement, déplace tout autour de lui, cherche dans les coins, regarde derrière les portes, ramasse à terre des objets imaginaires qu'il secoue et rejette aussitôt, appuie et frotte le pied sur le sol comme pour écraser des insectes, passe la main devant sa figure et souffle pour repousser des fils, des poils, des cheveux, porte vivement la main sur la cuisse et, ramenant son pantalon, il serre avec force pour écraser, dit-il, une grosse araignée noire, qui se glisse entre la peau et le pantalon. *Il regarde à travers la fenêtre, c'est, dit-il, la bande de la place Maubert déguisée en ours, avec des fla-fla; il y a une cavalcade avec des lions, des panthères qui regardent et font des grimaces, il y a de petits enfants déguisés en chiens et en chats, il aperçoit Émélie, puis des hommes qui le menacent... Il se baisse tout effrayé, ils le visent, dit-il, avec leurs fusils, ils veulent le tuer parce qu'il leur a pris la fille. Il répond à des camarades, il les appelle, il entend des disputes, il veut y courir.*

» On parvient avec peine à fixer son attention; ses mains, ses pieds sont sans cesse en mouvement pour saisir ou repousser des animaux, des objets de toute sorte.

» Le visage est couvert de sueur, la peau est modérément chaude, la température donne 38°,2, le pouls est large et dépressible (80 pulsations), la langue est humide.

» Tremblement marqué des mains, un peu moins accusé des jambes, frémissements des muscles de la face, surtout en parlant...

» Le malade reste levé pendant presque toute la nuit, parlant, discutant,

1. Brierre de Boismont, *des Hallucinations*, p. 174.
2. Magnan, *loc. cit.* Ob. II, p. 49.

cherchant de tous les côtés ; il aperçoit des sergents de ville, des hommes armés ; il voit des pigeons qu'il cherche à saisir ; il poursuit des rats, des chats ; harassé de fatigue, il se couche sur le lit vers deux heures du matin et dort pendant deux heures ; puis il se lève et recommence la mimique de la veille.

« Le 19, à la visite du matin, il ramasse des pièces de monnaie à terre, frotte la table ; *puis rapprochant sa main gauche des genoux qu'il réunit et soulève légèrement, il tient, dit-il, le pigeon et s'efforce avec la main droite de lui faire avaler le grain ; il se croit à la Halle et interpelle une foule de personnes. Il aperçoit ensuite des hommes habillés en sauvages qui défilent sur une corde.*

» En lui parlant vivement, on parvient à fixer son attention : il a, dit-il, mal à la tête, des picotements sur toute la peau, des crampes dans les jambes.

» Il se dit être empoisonné, ça le travaille dans le corps, le médecin de l'Hôtel-Dieu lui a fait prendre, dit-il, le poison de La Pommerais, la *digitale*.

» Le tremblement des mains est moins considérable. Pouls large 80. Temp. R. 37°,8.

» 21. M... Pierre a dormi une partie de la nuit ; il a vu des pigeons dans sa chambre, des oiseaux morts avec un long bec, des rats ; il y en avait au moins deux cents sous le lit qui mangeaient ses provisions. Dans la journée, il entend par moments la voix de ses camarades ; quelquefois aussi des menaces ou des injures.

» Le tremblement des mains a diminué. T. R. 37°,6. Pouls régulier, 76 pulsations.

» 23. Les troubles hallucinatoires ont presque entièrement disparu le jour, ils se montrent encore pendant la nuit.

» M... parle volontiers des hallucinations qu'il a éprouvées, mais il croit encore pendant quelques jours à la réalité de quelques-unes d'entre elles. »

L'observation suivante n'offre pas un moindre intérêt.

Observation LIII. — G. Jean, 27 ans, ancien soldat, est né d'un père mélancolique, adonné aux excès de boisson, et qui s'est empoisonné...

Depuis son enfance, il a des rêves, des cauchemars pendant la nuit ; il a toujours été sombre, triste, impressionnable, et il a contracté de bonne heure l'habitude de boire.

En 1870, après des excès plus fréquents, il perd le sommeil, est agité par des hallucinations ; il s'imagine qu'on lui en veut, etc.

. . . .

« De retour à Paris, il reprend son ancienne profession de coupeur de poils, et continue ses excès de boisson. Il devient inquiet ; à l'atelier il vit à l'écart, se croit en butte aux quolibets et aux railleries de ses camarades ; des individus s'introduisent chez lui, le suivent, le surveillent. *Pour échapper à ses ennemis, il sort, va dans la campagne ; il entend des cascades mugir autour de lui ; il aperçoit un chalet illuminé, des panoramas ; il entend des chants, de la musique, il voit des lanternes rouges qui se balancent suspendues aux arbres. Il marche vite, il fuit ; toutes ces fantasmagories dit-*

il, le suivent; il voit des croix, des ombres, des étincelles; s'il s'avance, tout s'éloigne; s'il recule, ça s'approche; par moment tout disparaît. Il entendait, dit-il, des voix qui le poussaient à se tuer : « le bruit de l'eau et des cascades, c'était pour me narguer; ça voulait dire que j'étais un lâche, que je n'avais pas le courage de me jeter à l'eau. Dans le chalet où l'on faisait la musique, et où l'on dansait la nuit, je le voyais bien, c'était un tas de gens qui désiraient ma perte, se moquaient de moi et cherchaient à m'assassiner. »[1]

Il est inutile d'insister ici sur les ressemblances de ce délire avec ce que nous avons observé chez les hystériques[2].

§ 2. — ACTION DE L'ABSINTHE

I. EXPÉRIMENTATION SUR LES ANIMAUX

L'action de l'absinthe sur les animaux est fort intéressante au point de vue qui nous occupe; les rapprochements entre les phénomènes que cette substance détermine et les manifestations variées de la grande attaque hystérique sont nombreux et faciles à établir. Au délire avec hallucinations, assez semblable à celui de l'alcoolisme, s'ajoutent des troubles musculaires plus accusés, consistant en des secousses musculaires et des accidents convulsifs généralisés, qui présentent tous les caractères d'une attaque d'épilepsie.

Voici le récit de quelques expériences :

Hallucinations et attaques épileptiques chez un chien sous l'influence de l'essence d'absinthe[3]. Chez un chien du poids de 14 kilogrammes, dans l'estomac duquel nous injectons 5 grammes d'essence d'absinthe à neuf heures un quart du matin, nous voyons une première attaque d'épilepsie à neuf heures trois quarts; dix minutes après, une deuxième attaque se produit suivie d'une légère hébétude; revenu bientôt à lui, l'animal reste caressant, répond à l'appel, marche, court facilement. Tout à coup et sans aucune provocation, il se dresse sur ses pattes, le poil hérissé, l'aspect courroucé, les yeux injectés et brillants; il fixe le regard vers un mur complètement nu et dont rien ne peut attirer son attention; fléchi sur les pattes de devant, le cou tendu, prêt à s'élancer, il avance et recule successivement, il aboie avec rage

1. Magnan, *loc. cit.*, p. 75.
2. Au point de vue spécial où nous nous plaçons, on lira également avec beaucoup d'intérêt l'observation IV, page 55, du même ouvrage du Dr Magnan. Il s'agit d'une femme âgée de quarante-cinq ans. Les troubles hallucinatoires parfaitement décrits intéressaient tous les sens.
3. Magnan, *loc. cit.*, p. 28.

et se livre à un combat furieux, entrechoquant les mâchoires, faisant des mouvements brusques comme pour saisir l'ennemi ; il secoue ensuite latéralement la tête, serrant les dents comme pour déchirer une proie. Peu à peu, il se calme, regarde encore plusieurs fois, en grognant, vers la même direction, puis il se rassure complètement.

Hallucinations et attaques épileptiques chez un chien sous l'influence de l'essence d'absinthe[1].

On fait à un jeune bouledogue une injection de 4 grammes d'essence d'absinthe dans l'estomac. Il était neuf heures et demie du matin. On prend immédiatement la température rectale ; elle est de 39°8.

Au bout de trois à quatre minutes, l'animal paraît inquiet, agité ; il gémit, se plaint un peu. La respiration devient fréquente, la bouche est baveuse. Au bout de vingt minutes, on remarque quelques secousses très légères, ou plutôt un tremblement musculaire aux oreilles, à la nuque. Il manifeste une grande susceptibilité nerveuse, il tressaute au moindre bruit, en donnant des signes de frayeur.

Afin d'obtenir un effet très rapide, un quart d'heure après, on injecte de nouveau 3 grammes d'essence d'absinthe dans l'estomac ; on attend dix minutes, et, comme l'animal n'a encore que de petites secousses, on injecte dans la veine crurale la dose énorme de 1 gr. 50 d'essence d'absinthe.

Cinq minutes après, il a un mouvement de recul brusque, accompagné de mouvements convulsifs légers de la tête et du tronc, puis il tombe brusquement sur le côté. Tous ses membres sont raides, tendus convulsivement, les mâchoires sont fortement serrées, le corps est comme soulevé au milieu, les convulsions toniques durent de quinze à vingt secondes, et sont suivies de convulsions cloniques très prolongées. L'animal est toujours couché sur le côté, mais non plus soulevé, les membres sont agités de fortes secousses qui les font aller en avant et en arrière avec rapidité. La respiration devient haletante, stertoreuse ; il a des claquements de dents.

Une bave mousseuse très abondante s'écoule des lèvres. La température rectale est de 39°8.

Il a également pendant les convulsions une évacuation d'urine et de matières fécales. Les convulsions cloniques persistent pendant deux minutes et demie à trois minutes, et cessent ensuite pendant un court espace de temps (cinq minutes environ), il n'a plus que la respiration très haletante, stertoreuse, avec écoulement de bave épaisse, spumeuse. Puis une nouvelle attaque recommence, elle est très violente et suivie à très court intervalle, d'une autre attaque également très intense. Les deux crises sont tout à fait semblables à la première, elles sont suivies d'une série d'autres attaques qui sont tellement rapprochées qu'elles deviennent subintrantes. Dans celles-ci les convulsions toniques sont beaucoup moins fortes et remplacées immédiatement par des convulsions cloniques. Les yeux sont injectés, les pupilles très dilatées. De temps en temps, émission d'une petite quantité d'urine. T. R. 39°8.

Depuis la première attaque il s'est écoulé environ une demi-heure. Peu à

1. Magnan, *loc. cit.*, p. 29. (Emprunté à la Thèse de M. Challand, p. 13, expérience faite à l'Hôtel-Dieu à la clinique de M. le professeur Béhier.)

peu les convulsions cessent et on voit apparaître les petites convulsions du début. L'animal paraît revenir un peu à lui. Il a toujours les pupilles dilatées, les yeux hagards, il regarde toujours dans une certaine direction, il veut aboyer, mais ne peut faire entendre que quelques sons sourds.

Puis il cherche à se redresser, il ne peut d'abord y parvenir, mais à mesure qu'il paraît reprendre connaissance, on voit se manifester d'autres phénomènes. Il a des hallucinations très nettes, il aboie tout à coup avec fureur, bien qu'on ne le touche pas et qu'on ne l'excite pas, il grogne continuellement en cherchant à mordre un être imaginaire; ses mâchoires s'entre-choquent dans le vide. Si on place des objets devant lui, il cherche à les mordre, mais sans pouvoir y parvenir. Il finit par se redresser tout à fait; mais ses hallucinations ne cessent pas; dès qu'on fait un peu de bruit dans la salle, il manifeste une vive fureur et veut s'élancer d'un côté ou de l'autre.

Un peu plus tard encore (onze heures et demie), les hallucinations deviennent plus fréquentes, mais la perception dans l'intervalle est plus nette, il se tourne quand on l'appelle, cependant il est encore faible sur les jambes, le regard est vague.

L'animal est revenu complètement à lui dans la journée; il n'a gardé qu'un peu de gonflement dans la cuisse, du côté où l'injection dans la veine crurale avait été faite.

Le 3 juillet, c'est-à-dire quatre jours après, il n'avait plus d'accidents, mais plus tard, il a eu du côté de la poitrine des accidents d'un autre ordre (infractus, embolies d'essence dans les capillaires du poumon, apoplexie pulmonaire, etc.).

II. ACTION DE L'ABSINTHE CHEZ L'HOMME

L'absinthe produit chez l'homme des accidents semblables à ceux que l'expérimentation a révélés chez les animaux : vertiges, secousses musculaires, accès épileptiformes, délire, hallucinations... Mais l'action est moins brusque et les effets en partie masqués par l'action de l'alcool qui se trouve mélangé à la liqueur d'absinthe, ou que le malade a pris en même temps sous forme de vin ou d'eau-de-vie.

Nous nous bornerons aux quelques observations suivantes, empruntées au travail du Dr Magnan, et dans lesquelles les accidents convulsifs épileptiformes et les troubles intellectuels sont nettement caractérisés.

Observation LIV. — Cl... Louis, âgé de 32 ans, épicier marchand de vins, entre à Bicêtre le 31 octobre 1863.

Il est d'une bonne constitution, d'un tempérament très lymphatico-nerveux, d'une santé excellente, d'un caractère doux et uniforme jusqu'au commencement de 1862, époque à laquelle, changeant de métier, il cesse d'être pâtissier pour devenir épicier marchand de vins....

A partir du mois de février 1862, Cl..., pour faire marcher son commerce

et pour attirer les clients, se fait un devoir de boire avec eux, et, chaque jour, il prend en assez grande quantité du vin, de la bière et de l'eau-de-vie ; de temps à autre quelques verres d'absinthe. Ce genre de vie dure à peine depuis trois mois que Cl... a déjà perdu l'appétit, dort mal, devient irritable. « Il se lance alors dans l'absinthe, » suivant son expression, « pour se donner du ton, » et il fait l'aveu d'en avoir bu de quatre à six verres par jour ; mais sa femme prétend qu'il en prenait souvent en cachette. Cette habitude une fois contractée, les conseils des amis, les prières de la femme n'empêchent point Cl... de prendre des absinthes, il se trouve mieux après les avoir bues, et quelque chose lui manque, dit-il, quand, par hasard, il n'a pas fait ses libations ordinaires. Avec ce régime, la santé continue à s'altérer ; l'appétit, presque nul, devient capricieux ; les digestions pénibles ; des vomituritions, quelquefois des vomissements de mucosités aigres, se montrent le matin ; il survient des *défaillances* qui le forcent par moment à s'arrêter et même à s'asseoir, et du tremblement dans les mains, plus marqué le matin, un peu moindre après les repas.

Ces phénomènes persistent pendant l'année 1862, ils augmentent avec les excès, diminuent un peu quand le malade, trop fatigué, obligé de garder le lit, s'affranchit pour quelque temps de sa déplorable habitude. Mais au commencement de 1863, Cl..., dont la santé est très altérée, « pour se donner des forces », a recours, plus fréquemment encore que d'habitude, à la liqueur d'absinthe. Bientôt des accidents nouveaux surviennent ; *il est pris subitement d'une crise convulsive à l'église, pendant les cérémonies d'un enterrement ; il tombe tout à coup, perd connaissance, agite les bras et les jambes ; la face devient grimaçante ; de l'écume se montre à la bouche, et la langue est mordue.* Après quelques minutes, Cl... revient à lui, conserve un air hébété tout le jour, et reprend, le lendemain, sa physionomie habituelle. A partir de ce moment, les *défaillances* se montrent plus fréquemment, mais toujours sans perte de connaissance. La santé devient plus mauvaise, et, vers le 15 octobre, à la suite de nouveaux excès de boissons, parmi lesquels la liqueur d'absinthe joue encore le principal rôle, il survient, pendant qu'il monte un escalier, une deuxième crise semblable à la première, avec perte de connaissance, convulsions, écume à la bouche et morsure à la langue. La chute détermine plusieurs contusions sur différentes parties du corps et une plaie à la région orbitaire. Il reste de la fatigue et de l'hébétude pendant deux jours, puis Cl... se remet à boire, et il est amené à Bicêtre le 30 octobre.

Il reste agité et crie toute la nuit. Le matin, à la visite, on le trouve dans le lit, où il est maintenu par la camisole ; il est pâle, bouffi ; il a le teint plombé, le visage couvert de sueur, les yeux brillants, les pupilles dilatées, égales ; la langue blanche, profondément déchirée des deux côtés sur les bords ; le ventre dur, avec de la constipation ; les urines sont rougeâtres ; traitées par l'acide nitrique et par la chaleur, elles donnent un dépôt albumineux de la moitié environ du tube. La sensibilité est exaltée partout au simple contact et au pincement ; il a un tremblement considérable des bras et des jambes, des lèvres et de la langue, surtout quand celle-ci est tirée hors de la bouche ; la voix est faible, la parole hésitante et tremblante. *Il s'agite, soulève la tête, regarde de tout côté, change de conversation à chaque instant, est incohérent, n'a pas conscience du lieu où il se trouve,*

se croit dans la rue, chez lui, dans son magasin ; il croit voir sa femme et ses enfants, leur parle, les engage à fuir, à échapper au danger, se détourne, voit au pied du lit des rats, une araignée, voit des flammes, a peur, crie. Il passe la journée au milieu de ces angoisses. On lui prescrit un grand bain de deux heures ; une potion avec 30 gouttes de laudanum.

1er novembre. — Pas de repos pendant la nuit précédente. Les hallucinations persistent ; le matin, il voit le visage de sa fille couvert d'ordures [1]...

Observation LV. — L... Auguste, 36 ans, charcutier, dont le père était ivrogne, a joui d'une bonne santé pendant son enfance ; à 18 ans, il commence à boire, et arrive rapidement à prendre du vin, de l'eau-de-vie et des liqueurs de toute sorte. Il perd l'appétit et le sommeil, et se voit obligé à plusieurs reprises de s'aliter quelques jours. Depuis quatre ou cinq ans, il a chaque matin des vomituritions pituiteuses, et fréquemment des douleurs et des pincements à l'estomac ; pour guérir il augmente la dose de vin blanc et d'absinthe. Depuis trois ans, il éprouve des maux de tête, des étourdissements, des douleurs dans les bras et les jambes, une faiblesse dans les membres inférieurs, qui le force plusieurs fois à s'asseoir. Depuis un an, il tremble, il fait moins bien son travail ; il est sombre, préoccupé, se plaint d'être agité la nuit et de ne pas dormir ; dans la conversation, il paraît par moment distrait, *comme s'il songeait à autre chose*, et il a l'air parfois de chercher quelqu'un.

Depuis quatre mois, il était irritable, se mettait fréquemment en colère et buvait avec fureur. Dans les derniers temps, il ne mangeait presque plus, recherchant des aliments vinaigrés et fortement épicés. Il paraît avoir été frappé, en 1870, d'une attaque convulsive, pendant qu'il était de garde aux remparts ; à cette époque, il avait parfois des secousses brusques dans les bras et dans les jambes. Le 29 juin, il se montre inquiet, préoccupé, prétend qu'on lui en veut, que des voleurs cherchent à le dévaliser ; et, dans la journée, on l'a vu descendant sa malle et divers objets à la cave pour les mettre en sûreté. *Le 30, il perd connaissance dans la boutique, tombe à terre, se débat, se mord la langue, écume, urine dans le pantalon. Le soir, les frayeurs sont incessantes, il voit du monde sur les toits, aperçoit des fusils braqués sur lui, il se voit entouré d'un essaim de mouches qui bourdonnent autour de sa tête, pénètrent dans les yeux, les oreilles, le nez et la bouche ; ses crachats sont remplis de pelotons d'insectes.* La nuit est mauvaise ; le lendemain, l'agitation continue et le malade arrive à l'Asile le 3 juillet. A son entrée, les hallucinations sont incessantes, il parle, crie, est sans cesse en mouvement. La nuit se passe sans sommeil.

Le 4, à la visite, les hallucinations persistent avec la même intensité ; L... *ramasse des objets sur ses vêtements, marche avec précaution pour ne pas renverser des vases qu'il voit à terre, secoue des torchons qui sont couverts d'ordures ; répond aux clients, parle à son patron, se cache et veut fuir pour éviter les balles.* Tremblement de tout le corps, frémissement des muscles de la face ; yeux injectés [2]...

1. Le Dr V. Magnan, *loc. cit.*, p. 87.
2. Dr V. Magnan, *loc. cit.*, p. 116.

§ 3. — ACTION DE L'OPIUM

Aux visions pleines d'enchantements que procure l'usage de l'opium viennent se mêler au bout d'un certain temps les sensations les plus pénibles et les apparitions les plus effrayantes. Ce double caractère du délire est parfaitement indiqué dans le livre d'un mangeur d'opium célèbre, l'anglais Thomas de Quincey. On y trouve aussi l'influence du souvenir sur la nature des hallucinations.

« L'auteur, rapporte M. Brierre de Boismont, esprit féminin, subtil et cultivé, réglant les doses de narcotique et les séparant prudemment par un intervalle de quelques jours, n'en éprouva pendant longtemps que des sensations voluptueuses... Huit années s'étaient écoulées dans ces ravissements qui plongeaient le mangeur d'opium dans des jouissances sans fin. La scène allait s'assombrir. Le besoin de ses rêves lui avait fait successivement élever la dose d'opium à 320 grains, c'est-à-dire à 18 000 gouttes de laudanum. La seconde période, celle *des tortures*, était commencée. »

Je me contenterai, pour donner une idée des hallucinations terribles qui vinrent assaillir ce malheureux, de rapporter les passages suivants de son livre :

« Avec le pouvoir de s'agrandir et de se multiplier, l'architecture s'introduisit dans mes songes. Dans les derniers temps de ma maladie surtout, je voyais des cités, des palais que l'œil ne trouva jamais que dans les nuages. — A mon architecture succédèrent des rêves de lacs, d'étendues immenses d'eau. — Je souffris horriblement de la tête pendant deux mois. Les eaux changèrent de caractère ; ce furent maintenant des mers et des océans. Il se fit encore un changement plus terrible, qui me promettait de longs tourments, et qui ne me quitta, en effet, qu'à la fin de ma maladie. Jusqu'alors, le visage de l'homme s'était mêlé à mes songes, sans aucun pouvoir spécial de m'effrayer ; mais ce que j'appellerai la tyrannie de la face humaine vint à se découvrir. Ce fut sur les flots soulevés de l'océan qu'elle commença à se montrer ; la mer était comme pavée d'innombrables figures, tournées vers le ciel, pleurant, désolées, furieuses, se levant à la surface par milliers, par myriades, par générations, par siècles. Mon agitation devint infinie, et mon esprit bondit et roula comme les lames de l'océan ; c'était la réminiscence de mes vagabondages perplexes, au sein de l'immense Londres...

» J'avais vu dans ma jeunesse un cadavre étendu sur une table de dissection, cette ancienne impression donna lieu à un rêve que j'avais assez fréquemment.

» Il me semblait que j'étais couché et que je m'étais éveillé dans la nuit. En posant la main à terre pour relever mon oreiller, je sentais quelque chose

qui cédait, lorsque j'appuyais dessus : c'était un cadavre étendu à côté de moi. Cependant je n'en étais ni effrayé ni même étonné. Je le prenais dans mes bras, et je l'emportais dans la chambre voisine, en me disant : Il va être là couché par terre ; il est impossible qu'il entre si j'ôte la clef de ma chambre.

» Là-dessus, je me rendormais ; quelques moments après, j'étais encore réveillé : c'était par le bruit de ma porte qu'on ouvrait ; et cette idée qu'on ouvrait ma porte, quoique j'en eusse pris la clef sur moi, me faisait un mal affreux. Alors je voyais entrer le même cadavre que tout à l'heure j'avais trouvé par terre. Sa démarche était singulière : on aurait dit un homme à qui l'on aurait ôté les os, sans lui ôter les muscles, et qui, essayant de se soutenir sur ses membres pliants et lâches, tomberait à chaque pas. Pourtant il arrivait jusqu'à mon lit sans parler, et se couchait sur moi ; c'était alors une sensation effroyable, un cauchemar dont rien ne saurait approcher ; car, outre le poids de sa masse informe et dégoûtante, je sentais une odeur pestilentielle s'exhaler des baisers dont il me couvrait. D'autres fois, le cadavre venait lire par-dessus mon épaule dans le livre que je tenais à la main, et ses poils dégoûtants m'effleuraient le cou et le visage.

» Qu'on juge de la terreur que doit inspirer une vision pareille : je restais immobile dans la position où je me trouvais, n'osant pas tourner la page, et les yeux fixés dans la glace sur la terrible apparition. Une sueur froide coulait sur tout mon corps ; puis la porte s'ouvrait, et je voyais derrière moi (dans la glace encore) entrer une procession sinistre ; c'étaient des squelettes horribles, portant d'une main leurs têtes, et de l'autre de longs cierges, qui, à la lueur d'un feu rouge et tremblant, jetaient une lumière terne et bleuâtre, comme celle des rayons de la lune. Ils se promenaient en rond dans ma chambre, qui, de très chaude qu'elle était auparavant, devenait glacée, et quelques-uns venaient se baisser au foyer noir et triste, en réchauffant leurs mains longues et livides, et en se tournant vers moi pour me dire : « Il fait froid [1]. »

§ 4. — ACTION DU HACHISCH

Les effets de l'intoxication par le hachisch ont été étudiés et analysés avec soin par le Dr Moreau (de Tours). Cet auteur, dans son remarquable ouvrage, a fait une ingénieuse application des données expérimentales obtenues sur lui-même, à l'étude de la pathogénie des divers troubles mentaux qui composent l'aliénation.

La plupart des phénomènes étudiés par M. Moreau se retrouvent à divers titres, dans l'histoire de l'hystérie. Il me suffira de les énoncer, tels qu'ils ont été classés par cet auteur. Ils sont au nombre de huit.

1° Sentiment de bonheur.

1. Cité par Brierre de Boismont, *des Hallucinations*, p. 187 et suiv.

2° Dissociation des idées ou affaiblissement du pouvoir de diriger les pensées.

3° Erreur sur le temps ou l'espace.

4° Développement de la sensibilité de l'ouïe.

5° Idées fixes et conceptions délirantes.

6° Lésion des affections, comme la défiance ou le retour des sentiments passés à l'état de souvenir.

7° Impulsions irrésistibles.

8° Enfin les illusions et les hallucinations.

Le point sur lequel je désire insister est l'analogie frappante de l'accès délirant occasionné par le hachisch avec la variété spéciale de la grande attaque hystérique décrite sous le nom d'attaque de délire.

Il semble que dans les accès délirants du hachisch les phénomènes de la troisième période de la grande attaque et ceux de la quatrième soient mélangés. Contrairement à ce qui se passe pendant la troisième période, mais semblablement à ce qui a lieu pendant la quatrième, la persistance de la conscience, à un degré variable, en est un des principaux caractères. Les hallucinations gaies et agréables sont incontestablement plus fréquentes dans les rêves du mangeur de hachisch que dans le délire hystérique, sans que pour cela les hallucinations pénibles fassent complétement défaut.

Mais on retrouvera, dans les deux cas, la même mobilité dans la succession des idées et des hallucinations, la même vivacité d'interprétation par les gestes et les attitudes, la même action de l'imagination du sujet sur la variété et la richesse de son délire, la même influence des occupations et des préoccupations journalières sur la nature des conceptions délirantes, la même reproduction des scènes passées dont la mémoire a conservé une vive empreinte, les mêmes visions de feux colorés, d'animaux variés, fabuleux et autres, de jardins, de perspectives éblouissantes, les tintements d'oreilles, les bruits de cloches, etc., etc.

Tous ces traits sont consignés dans l'observation suivante, rapportée par le D[r] Moreau (de Tours), qui fait remarquer qu'il s'est borné à transcrire, mot pour mot, les notes qui lui ont été remises par la personne qui en fait le sujet. « On remarquera, ajoute-t-il, un certain désordre de rédaction que je n'ai pas voulu corriger ; elles ont été écrites peu après l'accès, dont elles se ressentent encore un peu. »

Observation LVI. — Jeudi 5 décembre... J'avais pris du hachisch, j'en connaissais les effets, non par expérience, mais par ce qu'une personne qui avait visité l'Orient m'en avait dit, et j'attendais, tranquille, l'heureux délire qui devait s'emparer de moi. Je me mis à table, je ne dirai pas, comme quelques

personnes, après avoir *savouré cette pâte délicieuse*, car elle me parut détestable, mais après l'avoir avalée avec quelques efforts. En mangeant des huîtres, il me prit un accès de fou rire, qui se calma bientôt, lorsque je reportai mon attention sur deux autres personnes qui, comme moi, avaient voulu goûter de la substance orientale, et qui voyaient déjà une tête de lion dans leur assiette. Je fus assez calme jusqu'à la fin du dîner; alors je pris une cuillère et me mis en garde contre un compotier de fruits confits avec lequel je me supposais un duel, et je quittai la salle à manger en éclatant de rire. Bientôt j'éprouvai le besoin d'entendre, de faire de la musique; je me mis au piano, et je commençai à jouer un air du *Domino noir;* je m'interrompis au bout de quelques mesures, car un spectacle vraiment diabolique s'offrit à mes yeux. Je crus voir le portrait de mon frère, qui était au-dessus du piano, s'animer et me présenter une queue fourchue, toute noire, et terminée par trois lanternes, une rouge, une verte et une blanche. Cette apparition se présenta plusieurs fois à mon esprit dans le courant de la soirée. J'étais assise sur un canapé : « Pourquoi, m'écriai-je tout à coup, me clouez-vous les membres? Je sens que je deviens de plomb. Ah! comme je suis lourde! » On me prit les mains pour me faire lever, et je tombai lourdement par terre; je me prosternai à la manière des mulsumans, en disant : Mon père, je m'accuse, etc., comme si je commençais une confession. On me releva, et il se fit en moi un changement subit. Je pris une chaufferette pour danser la polka; j'imitai par le geste et la voix quelques acteurs, et entre autres Ravel et Grassot, que j'avais vus, peu de jours auparavant dans *l'Etourneau*. Du théâtre, ma pensée me transporta au bal de l'Opéra; le monde, le bruit, les lumières m'exaltèrent au plus haut point; après mille discours incohérents, en gesticulant, criant comme tous les masques que je croyais voir, je me dirigeai vers la porte d'une chambre voisine qui n'était pas éclairée.

Alors il se passa en moi quelque chose d'affreux : j'étouffais, je suffoquais, je tombais dans un puits immense, sans fin, le puits de Bicêtre. Comme un noyé qui cherche son salut dans un faible roseau qu'il voit lui échapper, de même je voulais m'attacher aux pierres qui entouraient le puits; mais elles tombaient avec moi dans cet abîme sans fond. Cette sensation fut pénible; mais elle dura peu; car je criai : « je tombe dans un puits »; et l'on me ramena dans la pièce que j'avais quittée. Ma première parole fut celle-ci : suis-je sotte! je prends cela pour un puits, et je suis au bal de l'Opéra. Je me heurtai contre un tabouret; il me sembla que c'était un masque qui, couché par terre, dansait d'une façon inconvenante, et je priai un sergent de ville de l'arrêter. Je demandai à boire; on fit chercher un citron pour me faire de la limonade, et je recommandai à la bonne de ne pas le prendre aussi jaune que sa figure, qui me paraissait couleur orange.

Je passai subitement mes mains dans mes cheveux; je sentais des millions d'insectes me dévorer la tête; j'envoyai chercher mon accoucheur, qui était en ce moment près de madame B***, pour délivrer la femelle d'un de ces insectes qui était en mal d'enfant et avait choisi pour lit de douleur le troisième cheveu à gauche de mon front : après un travail pénible, l'animal mit au monde sept petites créatures. Je parlai de personnes que je n'avais pas vues depuis plusieurs années; je me rappelai un dîner où j'assistai, il y a cinq ans, en Champagne; je voyais les personnes : le général X*** servait un poisson entouré de fleurs; il avait à sa gauche mademoiselle K***; ils étaient

devant mes yeux, et, chose inouïe, je sentais que j'étais chez moi, que tout ce que je voyais s'était passé dans un temps éloigné; cependant ils me paraissaient là. Qu'éprouvais-je donc?

Mais ce fut un bonheur enivrant, un délire que le cœur d'une mère peut seul comprendre, lorsque je vis mon enfant, mon bien-aimé fils, dans un ciel bleu et argent. Il avait des ailes blanches bordées de rose; il me souriait et me montrait deux jolies dents blanches dont je guettais la naissance avec tant de sollicitude; il était environné de beaucoup d'enfants qui, comme lui, avaient des ailes et voltigeaient dans ce beau ciel bleu; mais mon fils était le plus beau; certes, il n'y eut jamais une plus pure ivresse; il me souriait et me tendait ses petits bras comme pour m'appeler à lui. Cependant, cette douce vision s'évanouit comme les autres, et je tombai du haut du ciel que le hachisch m'avait fait entrevoir dans le pays des lanternes. C'était un pays où les hommes, les maisons, les arbres, les rues étaient des lanternes exactement pareilles aux verres de couleur qui éclairaient les Champs-Elysées le 29 juillet dernier. Cela me rappelait aussi le ballet de Chao-Kang que j'avais vu au théâtre nautique, étant enfant. Ces lanternes marchaient, dansaient, s'agitaient sans cesse, et au milieu apparaissaient plus brillantes que les autres les trois lanternes qui terminaient la prétendue queue de mon frère; je voyais surtout une lumière qui dansait sans cesse devant mes yeux (elle était causée par la flamme du charbon de terre qui brûlait dans la cheminée). On couvrit le feu avec de la cendre. Oh! dis-je, vous voulez éteindre ma lanterne, mais elle va revenir. En effet la flamme vacilla de nouveau, et je vis danser ma lumière, qui devint verte, de blanche qu'elle était.

Mes yeux étaient toujours fermés par une sorte de contraction nerveuse; ils me cuisaient beaucoup; j'en cherchai la cause, et je ne tardai pas à découvrir que mon domestique m'avait ciré les yeux avec de l'encaustique, et qu'il me les frottait avec une brosse; c'était un motif plus que suffisant pour expliquer le malaise que j'éprouvais à cet endroit.

Je buvais un verre de limonade, puis tout à coup, je ne saurais dire à propos de quoi, l'imagination, ma gracieuse fée, me transporta en pleine Seine aux bains Ouarnier. Je voulus nager et j'éprouvai encore un moment de cruelle émotion en me sentant enfoncer sous l'eau; plus je voulais crier, plus j'avalais de l'eau, lorsqu'une amie vint à mon secours et me ramena à la surface; j'entrevois par les toiles du bain mon frère, qui se promenait sur le pont des Arts.

Vingt fois je fus sur le point de commettre des indiscrétions; mais je m'arrêtais en disant : — J'allais parler, mais il faut que je me taise. — Je ne puis décrire les mille idées fantastiques qui traversèrent mon cerveau pendant trois heures que je fus sous l'influence du hachisch; elles paraîtraient trop bizarres pour qu'on les croie sincères; les personnes présentes doutaient parfois, et me demandaient si je ne me jouais pas d'elles; car j'avais ma raison au milieu de cette étrange folie. Mes cris, mes chants réveillèrent mon enfant qui dormait sur les genoux de ma mère. Sa petite voix que j'entendis pleurer, me rappela à moi-même, et je m'approchai de lui; je l'embrassai comme si j'eusse été dans mon état naturel. Craignant quelque crise, on m'éloigna de lui, et je dis alors qu'il ne m'appartenait pas, que c'était l'enfant d'une dame que je connais, qui n'en a pas, et qui me l'envie toujours. Puis, j'allais faire des visites; je causais, je faisais les demandes et les réponses;

j'allais au café, je demandais une glace, je trouvais que les garçons avaient l'air bête, etc. Après bien des promenades, dans lesquelles j'avais rencontré M. tel ou tel, dont le nez s'allongeait démesurément, quoiqu'il fût déjà raisonnablement grand, j'entrai chez moi en disant : Oh ! voyez donc ce gros rat qui court sur la tête de B***. Au même instant, le rat se gonfle et devient aussi énorme que le rat qui figure dans la féerie des *sept châteaux du diable*. Je le voyais, j'aurais juré que ce rat se promenait sur la tête où je l'avais si singulièrement placé, et je regardais le bonnet d'une dame présente; je savais qu'elle était là réellement, tandis que B*** n'était qu'un être imaginaire; mais cependant je puis affirmer que je l'ai vu [1].

On lira avec intérêt, dans le même ouvrage, le compte rendu que fit Théophile Gautier des principaux épisodes d'une *fantasia* à laquelle il avait pris part. « Le hachisch, dit M. Moreau, ne pouvait trouver un plus digne interprète que la poétique imagination de M. Gautier; ses effets ne pouvaient être peints avec des couleurs plus brillantes, et j'oserai dire plus locales. Est-il besoin d'ajouter que l'éclat du style, et peut-être aussi un peu d'exagération dans la forme ne doivent nullement mettre en défiance contre la véracité de l'écrivain, qui en définitive, ne fait qu'exprimer des sensations familières à ceux qui ont quelque expérience du hachisch? » Je rappellerai ici ce point, sur lequel j'ai déjà tant insisté, et qui consiste dans l'influence de l'imagination du sujet sur la forme de son délire. Pour le hachisch, comme pour l'hystérie, il est tout naturel que les effets délirants qui surviennent sous leur influence, diffèrent suivant l'excellence et la perfection de l'instrument qu'ils mettent en jeu.

1. *Du Hachisch et de l'aliénation mentale*, par J. Moreau (de Tours). Paris, 1845, p. 84.
2. Ce compte rendu avait d'abord été publié dans le journal *la Presse* du 10 juillet 1843.

TROISIÈME PARTIE

OBSERVATIONS RELATIVES A LA GRANDE ATTAQUE HYSTÉRIQUE ET A SES PRINCIPALES VARIÉTÉS

IDENTITÉ DES PHÉNOMÈNES HYSTÉRIQUES OBSERVÉS CHEZ DES MALADES DE NATIONALITÉ DIFFÉRENTE ET A DIVERSES ÉPOQUES

Dans l'étude qui précède de la grande attaque hystérique et de ses principales variétés, nous sommes loin d'avoir mis à contribution tous les faits que nous avons rassemblés à ce sujet. C'est pourquoi nous avons cru utile de réunir dans un même chapitre toutes les observations qui n'ont pu trouver place dans les pages précédentes.

Il ne faudrait pas croire que l'attaque convulsive de la grande hystérie, avec les caractères que nous lui avons assignés, soit spéciale aux malades de la Salpêtrière. Nous espérons, par les faits accumulés ici, mettre en relief les points suivants : le type morbide que nous avons observé chez les malades de la Salpêtrière n'est pas le fruit de l'imitation; il se retrouve avec les mêmes caractères dans la pratique de la ville, en France comme à l'étranger; enfin la grande hystérie n'est point une maladie nouvelle, autrefois elle ne différait en rien d'essentiel de ce qu'elle est aujourd'hui.

I

Le plus grand nombre des observations qui ont servi de bases à notre description ont été recueillies à la Salpêtrière sur des malades

réunies dans un même service. Que faut-il penser de l'influence de l'imitation sur la forme extérieure de leurs attaques? Suffit-elle à expliquer les ressemblances que nous avons constatées entre les crises des diverses malades, et ne doit-on voir là qu'une sorte de petite épidémie hystérique revêtant une forme spéciale? Nous sommes loin de contester l'influence de l'imitation sur la production des maladies nerveuses en général et de l'hystérie en particulier; mais dans le cas présent, le rôle qu'elle a pu jouer n'a été qu'un rôle secondaire. Son action n'a pu porter que sur la forme extérieure, sur l'expression phénoménale et non sur la nature même du phénomène. Si la réunion de plusieurs malades hystériques dans un même service, dans une même salle, a pu être, à certains moments, une cause d'aggravation de la maladie, les symptômes qui la caractérisent ont suivi, dans leur marche croissante, le plan tracé d'avance par la maladie elle-même, et n'ont pu recevoir de l'influence du milieu extérieur que des modifications de surface et sans action aucune sur le fond même des accidents.

C'est ce dont il est facile de se convaincre par le simple examen des faits.

« Imiter, est, dit Briquet, un des privilèges des femmes; c'est surtout un des privilèges des hystériques. Il suffit qu'une malade ait vu une fois un geste, aperçu un acte qui l'aura frappée, pour qu'involontairement elle l'imite.

» Lorsqu'il y a dans mes salles plusieurs hystériques avec des attaques, c'est toujours celle qui a l'attaque la plus forte qui donne le ton aux autres. Si elle crie beaucoup, les autres jetteront des cris à effrayer. Si elle exécute des mouvements singuliers, toutes les autres auront des convulsions singulières. J'ai eu, il y a quelque temps, dans mes salles, une femme qui avait des hurlements et des aboiements; au bout de quelques jours une jeune hystérique placée à peu de distance d'elle, et qui jusque-là avait eu des attaques non bruyantes, se mit pendant ses attaques à hurler et à aboyer comme sa voisine[1]. »

La faculté d'imiter ne s'exerce donc qu'à l'occasion de manifestations singulières plus ou moins propres à frapper l'imagination. Les malades imitent les cris, les gestes bizarres, les mouvements singuliers, les hurlements, les aboiements, etc.

Quant au mode d'arrangement des manifestations multiples qui composent une attaque de grande hystérie, à l'ordre dans lequel se succèdent les diverses périodes, à la trame secrète qui relient les uns aux

1. Briquet, *Traité de l'hystérie*, p. 337.

autres tous ces phénomènes variés, ce n'est pas à coup sûr ce qui peut frapper l'esprit des malades et porter à l'imitation.

Or c'est précisément par ce dernier point que toutes nos malades se ressemblent ; elles diffèrent plus ou moins par le reste.

Si l'on veut me permettre une comparaison, je dirai que la charpente de l'édifice est partout la même, et que l'ornementation seule diffère.

Nous voyons, par exemple, une période épileptoïde qui, tout en présentant une marche identique, varie dans sa forme extérieure d'une malade à l'autre.

Chez Math..., les grands mouvements de la seconde période revêtent cette forme bizarre et inaccoutumée de l'imitation du chemin de fer. Math... est couchée dans le même dortoir que d'autres hystéro-épileptiques qui, pendant leurs attaques, n'ont jamais rien présenté de semblable.

Enfin les hallucinations de la troisième période se modifient d'une malade à l'autre ; chacune en puise le sujet dans les impressions de son passé ou dans sa propre imagination. Sur ce point, qui paraît prêter le plus à l'imitation, nous avons vu nos malades conserver chacune leur originalité.

Les troubles qui composent la quatrième période sont aussi très variables. Bien que les visions de rats noirs ou colorés, de chats et de vipères paraissent être les plus fréquentes, chaque malade conserve ses animaux de prédilection. Gen... voit des corbeaux, Ler... le diable, Marc... des hannetons, Nanc... des singes, etc.

Enfin, nous pourrions ajouter que, même à la Salpêtrière, il est des hystéro-épileptiques qui présentent des attaques qui s'écartent du type décrit et ne s'y rattachent qu'à titre de variétés. Lesp... a surtout des attaques épileptoïdes, Ernestine Pil... des attaques de grands mouvements et de contracture, Del... des attaques de sommeil, etc.

La conception de la grande attaque hystérique, telle que nous l'avons décrite, est assez vaste pour que l'influence de l'imitation y ait sa place. Loin d'en nier la puissance, nous tenons à faire ressortir son action sur la forme extérieure de certaines parties de l'attaque, et principalement des deux dernières périodes. Nous trouverons là la raison des grandes épidémies convulsives et l'explication du caractère spécial que chacune d'elle a revêtu.

II

Mais ce n'est pas assez de montrer que le type que nous avons décrit ne saurait avoir été créé de toutes pièces par l'imagination fertile d'une hystérique et propagé ensuite par l'imitation, nous pouvons établir par des observations dont le nombre déjà considérable va chaque jour grossissant, que ce même type se retrouve en dehors de la Salpêtrière chez des malades isolées et de nationalité différente. Nous n'avons plus affaire ici à des malades réunis dans un même établissement, dans une même salle, témoins souvent forcés des attaques les uns des autres ; les sujets de ces observations ont vu leur maladie naître et évoluer sous les climats les plus divers, isolément, et sans aucune relation avec d'autres malades semblablement atteints, offrant au contraire, chacun de leur côté, l'exemple d'une affection rare qui étonne par l'étrangeté et la variété de ses manifestations. Eh bien! ces raretés pathologiques qui paraissent des exceptions et ne semblent soumises à aucune règle, rentrent toutes dans le même cadre, sont toutes faites sur le même modèle, obéissent, comme toutes les espèces nosologiques, à une même loi qui peut souffrir quelques variétés, mais qui n'en existe pas moins. Nous y retrouvons les grands caractères sur lesquels nous avons basé notre description de la grande attaque hystérique.

A ce point de vue j'attirerai particulièrement l'attention sur les observations de LXXX à CXI.

III

Enfin il ressort d'observations puisées dans les anciens auteurs (Obs. de CXII à CXXIX) que l'attaque de grande hystérie présentait autrefois des caractères identiques à ceux que nous constatons aujourd'hui. Ces quelques exemples nous montrent que la grande hystérie n'a point changé avec le temps. Les faits restent ce qu'ils ont toujours été. L'interprétation des faits seule change. Pour nous laisser des descriptions complètes, il n'a manqué aux anciens auteurs que la lumineuse synthèse qui nous a servi de guide. C'est ce qu'il est facile de constater par l'examen de quelques-unes de leurs observations dans lesquelles, malgré une certaine confusion, on peut retrouver les grands traits de notre description. Nous avons tenu à ne consigner ici que des observations

d'hystérie reconnues et étudiées comme telles. Il nous a paru utile, pour l'instant, de ne pas sortir du domaine médical.

Ce n'est qu'en suivant cette marche lente, moins sûre, en allant du simple au composé, en remontant, par degrés insensibles, du fait connu et incontestable, au fait contesté et encore entouré d'obscurités, que nous pourrons entreprendre, avec quelque fruit, l'étude des épidémies convulsives, et retrouver là, sous le couvert de dénominations trompeuses et d'interprétations erronées, les manifestations multiples de la grande hystérie que nous aurons appris à connaître.

C'est à cette étude de médecine rétrospective que sont consacrées les notes historiques qui terminent ce volume.

Observation LVII.[1] — *Anesthésie générale. — Ovarie double plus accusée à gauche. — Zones hystérogènes. — Grandes attaques complètes et régulières. — Influence de l'imagination sur les hallucinations et le délire qui marquent la 3e et la 4e période. — Bien qu'à un degré plus atténué, les attaques présentaient les mêmes caractères avant l'entrée de la malade dans le service de M. Charcot. — Phénomènes d'hypnotisme.*

Suzanne N..., âgée de dix-neuf ans, petite, brune, d'un tempérament nerveux, très irritable, a reçu une certaine instruction, et est douée d'une vive intelligence. Depuis longtemps sujette à des accès de colère non justifiés, à des frayeurs sans motifs, elle a fini par avoir des crises de nerfs qui, augmentant peu à peu de gravité, ont rendu son séjour dans sa famille intolérable et forcé ses parents à demander son admission à l'hospice de la Salpêtrière. Elle y est entrée le 24 mars 1879.

Elle est anesthésique et analgésique totale. Les points d'analgésie, irrégulièrement distribués à la surface du corps, paraissent prédominer à l'entour des grandes articulations. L'hyperesthésie ovarienne est double avec une prédominance du côté gauche. La malade possède, en outre, deux autres points hyperesthésiques dont l'excitation même légère peut déterminer les attaques (Voy. p. 33).

Un bruit violent et inopiné occasionne à l'instant même une attaque de catalepsie. Elle est fort sensible aux pratiques de l'hypnotisation. Nous reviendrons plus loin sur ce sujet.

Les attaques hystéro-épileptiques sont remarquables par leur régularité et leur conformité au type que nous avons décrit. Elles en diffèrent par un point de détail, fort intéressant et dû au rôle prédominant que joue l'imagination dans les scènes d'hallucinations et de délire des deux dernières périodes, comme on pourra le voir par les quelques exemples que j'ai recueillis au mois de septembre 1879.

Prodromes des attaques. — Suzanne est avertie, plusieurs jours à l'avance,

1. Personnelle, 1879. Recueillie dans le service de M. Charcot.

de l'invasion de ses attaques : « elle les sent venir. » Cependant une vive émotion peut faire éclater les attaques tout d'un coup. Lorsqu'elles sont précédées de prodromes, comme il arrive le plus habituellement, Suzanne le reconnaît à une vive agitation qui s'empare d'elle. Elle a des besoins de remuer, des envies de taquiner, « elle se sent en gaieté », suivant son expression. Puis elle a, de temps à autre, des visions d'animaux : ce sont des araignées, des rats, des singes qui courent à quatre pattes et lui font des grimaces. Toutes ces images apparaissent à sa gauche, et se déplacent toujours dans le même sens, c'est à dire de gauche à droite. Nous avons déjà insisté sur la loi d'après laquelle ces hallucinations se déplacent. La douleur ovarienne devient très vive, elle est double, mais avec plus d'intensité à gauche. Bientôt elle éprouve ce qu'elle appelle de fausses alertes. Les phénomènes douloureux de l'aura hysterica se développent spontanément, au point de lui faire croire à l'invasion des attaques; mais la crise s'en tient aux prodromes et avorte. L'aura hysterica présente, chez Suzanne, la succession des points douloureux maintes fois observés en pareille circonstance. Au début, exacerbation de la douleur ovarienne, puis douleur précordiale, palpitations, sensation de suffocation et de strangulation, puis enfin, battements dans les tempes, bourdonnements, sifflements dans les oreilles, obscurcissement de la vue et perte de connaissance, si les attaques doivent avoir lieu. Tous ces phénomènes existent des deux côtés du corps, mais avec une prédominance marquée du côté gauche. Je rappellerai ici que les deux zones hystérogènes de cette malade se trouvent également situées du côté gauche.

18 sept. 1879. — Suzanne N... est au milieu de ses grandes attaques à la visite du matin. Selon l'habitude, les attaques se succèdent pour former une série. Nous en notons plusieurs :

I. — *a*). La *période épileptoïde* est bien marquée, mais assez courte. On y distingue très nettement la phase tonique et la phase clonique.

b). Après quelques courts instants de calme, la malade se met en *arc de cercle*, elle pousse de *grands cris* aigus. — Puis elle s'enfonce dans son lit, se contourne, et finit par se placer en arc de cercle, les bras derrière le dos, reposant sur le ventre, dans l'attitude que représente la figure 46, qui a été dessinée d'après elle, lors d'une autre attaque. — Elle pousse de nouveau de grands cris.

c). Puis son regard s'anime, elle se redresse à demi sur son séant, sa physionomie exprime la *terreur*, le coude droit est levé comme pour se défendre. Elle semble menacer, mais bientôt l'effroi gagne, et elle se tourne de côté et d'autre, comme pour éviter la poursuite d'un ennemi.

Soudain, son expression change, elle regarde fixement en haut, pendant que la *joie* et l'*admiration* se peignent sur ses traits. Elle lève les deux mains dans une sorte d'attitude extatique : « Ah! qu'ils sont beaux!... » dit-elle, avec l'accent de la plus profonde admiration; elle exécute de la jête et des bras un mouvement de balancement cadencé : « Ah! sont-elles tolies, toutes ces femmes dans ce bateau!... et ces hommes couchés à leurs pieds! On dirait la Mythologie (*sic*) qui passe là... On ne voit pas clair partout ailleurs, tout est noir alentour, il n'y a qu'eux qui sont éclairés comme par la lumière électrique. Ah! çà balance!... » Elle imite avec les bras et la tête le mouvement du bateau. Mais tout d'un coup elle s'écrie

pleine d'angoisse : « Ils vont tomber... Ah! ça tombe!... » puis elle se couvre le visage de ses mains, pousse des cris de terreur et se cache la tête dans son oreiller.

d). Mais bientôt elle se redresse sur son séant et se met à causer. Elle n'a plus d'hallucinations. « Oh! pour sûr, je me ferai actrice... ça.., on ne me l'ôtera pas de l'idée : j'entrerai au Conservatoire, je ferai deux ans d'études. Puis j'arriverai sur la scène, je déclamerai, je ferai comme Sarah Bernhardt : « Cette lumière que je revois encore me brise le cœur! (Elle débite cette phrase sur le ton emphatique du théâtre.) Ce n'est pas plus difficile que ça... Quand on parle on sent ce qu'on dit, et voilà tout. »

Tout d'un coup survient une nouvelle attaque.

II. — 10 h. 10 m. *a*). La *période épileptoïde* dure une minute. La phase tonique a lieu dans l'extension, les mouvements cloniques sont très accusés, l'écume coule des lèvres.

b). La malade pousse des cris de rage et s'agite. — Survient l'attitude de l'*arc de cercle* pendant laquelle le ventre est animé d'ondulations rapides. — La malade se tourne de côté et d'autre, exécutant une sorte de mouvement de roulis. — Rage, cris. Arc de cercle sur le ventre (fig. 46.) — La malade se contourne et roule plusieurs fois sur elle-même.

c). Puis elle se redresse à genoux, son visage exprime la terreur : « Traître!... C'est vrai, qu'est-ce qu'il vient faire ici?... » Elle se calme peu à peu, prend un air désolé, puis rit, se couche, s'enfonce dans son lit, et se tourne de côté et d'autre.

Elle s'assied, balance les bras et la tête. L'expression est souriante. Le regard est fixé en haut. « Oh! c'est joli... il s'envole. » — Tout d'un coup les traits se contractent et respirent l'effroi, les yeux sont dirigés en haut et à droite. Elle pousse plusieurs cris de terreur, elle se débat, l'œil toujours fixé au même endroit. — Aussi promptement qu'il était devenu affreux, le tableau reprend son calme et sa gaieté : « Oh! c'est joli... » Elle semble suivre du regard quelque chose qui voltige dans l'air : « Il faudrait des chasseurs pour tirer dessus. » Elle cherche dans son lit, gratte : « Oh! oh!... que c'est drôle, ah! ah!.. »

10 h. 17 m. Une nouvelle attaque survient.

III. — *a*). La *période épileptoïde* présente les mêmes caractères que précédemment.

b). Arc de cercle avec ondulation du ventre. — Grands mouvements. Cris. — Nouvel arc de cercle, la malade repose sur les pieds et la tête; puis tout d'un coup elle se jette sur le ventre dans l'attitude de la figure 46, qui est un arc de cercle renversé. — Cris en se débattant, et en se jetant à droite et à gauche.

c). Attitude de terreur : la malade est à genoux, penchée en avant : « Ah! tous ces singes!... maman, je ne veux pas qu'on me frappe... (Elle se débat.) Tous ces singes!... (Geste de menace.) Ils vont le tuer, tant mieux... Oh! tout ce sang!... C'est bien fait. »

10 h. 22 m. La pression ovarienne ramène la connaissance, qui disparaît aussitôt qu'on cesse cette manœuvre. Suzanne contrairement à ce qui se passe habituellement, ne reprend pas son attaque par le commencement; elle

continue. Une nouvelle attitude passionnelle se reproduit, elle est toute admirative. La malade est sur son séant, les deux mains jointes : « Oh! comme elles dansent bien! Sont-elles légères et gracieuses! On dirait des nymphes!... » L'attaque est suspendue de nouveau par la compression ovarienne. 10 h. 23 m.

Bien que la compression ne soit pas maintenue, la malade garde sa connaissance quelques instants. Mais bientôt survient spontanément une nouvelle attaque.

IV. — *a*). *Période épileptoïde* (phase tonique, phase clonique, écume) arrêtée au milieu de la phase clonique par la compression ovarienne. La malade reprend ses sens. La pression sur le point hyperesthésique mammaire provoque une nouvelle période épileptoïde qu'on ne parvient pas à arrêter par une nouvelle excitation portée sur le même point.

b). Cris, arc de cercle dans les diverses situations figurées (fig. 44, 45, 46). Ces différentes attitudes se succèdent brusquement et ne durent chacune que quelques secondes. — Cris; mouvements de roulis. — Rage, mord l'oreiller.

c). 10 h. 27 m. Attitude de terreur, pousse plusieurs ah! ah! de crainte; succède aussitôt une attitude gaie, qui ne dure pas longtemps. « C'est-y malheureux!... Pauvre femme! Enfin ce n'est pas vrai, on dirait bien cependant que c'est vrai. » Puis elle se met à débiter ces vers d'Alfred de Musset :

Vous n'avez jamais vu le spectre de la faim,
Soulever en chantant les draps de votre couche,
Et, de sa lèvre blême, effleurant votre bouche
Demander un baiser pour un morceau de pain.

« Toutes ces femmes là, ça se moque des pauvres gens! Moi, je ne m'en moquerai jamais, non, jamais... On ne sait pas comment elles sont arrivées là. D'abord, moi, je n'ai pas le droit de rien dire, ce serait mépriser ma famille elle-même... Je ne suis pas juge des actes de mes parents... ce sont les enfants qui supportent les conséquences... Ça m'est égal, je serai actrice. Certainement, je veux me faire actrice... je m'en irai de la maison... (Se ravisant.) Et puis, non, tiens, je me mettrai religieuse... Adorer le bon Dieu! je mourrai toute jeune... je verrai Dieu... j'irai au ciel. » Elle regarde à droite de son lit : « J'ai un ange gardien, je le vois!... Oh! qu'il est beau! » Elle reste en contemplation, joint les mains, paraît réciter quelques prières, car on voit ses lèvres remuer. Son expression est radieuse, ses yeux grands ouverts sont mouillés de larmes : « Je voudrais qu'il me parle... Oh! non, je ne me ferai pas actrice. » A peine avait-elle terminé cette phrase qu'une nouvelle attaque survient.

V. — 10 h. 33 m. *a*). *Période épileptoïde* semblable aux précédentes, à cela près que le stertor est plus accusé.

b). Cris, contorsions, mouvements de côté et d'autre, comme ceux que nous avons déjà rapportés. Il s'y ajoute de grands mouvements des pieds qui frappent violemment contre la barre du lit, et des accès de rage pendant lesquels elle mord son oreiller.

c). 10 h. 34 m. « Oh! en voilà une poursuite, heureusement que je me suis sauvée! Tirez donc ces bêtes! Voyons... C'est bien malheureux que je sois paralysée!.. Je les tuerais toutes. Elles vont venir là... (Mouvement de terreur.) Tiens, comme ça sort... (Son regard suit quelque chose en l'air.) Oh! les belles fleurs rouges! il y a des bêtes dedans, des mouches de toutes les couleurs... » La scène change : « Elle est tout en blanc... La belle couronne qu'elle a sur tête... Ah! c'est ça, je savais bien. Tiens, il va se coucher à côté d'elle. Je n'aime pas cette tête là. Si j'étais gentille comme elle, je ne voudrais pas d'une semblable figure. Après tout, c'est peut-être son habit vert avec des étoiles d'or qu'elle aime! Tiens, un petit toutou... Mords-la. (Elle l'excite de la voix.) Ksi... ksi... Il va les déranger. » Elle rit. « Tiens! du brouillard! ça cache tout! J'ai mal à la gorge... je n'aime pas les temps de brouillard, ça me prend à la gorge... » Elle tousse, met la main à la gorge, fait quelques mouvements de déglutition, comme pour se débarrasser de quelque chose qui la gêne; ce sont les préludes d'une nouvelle attaque qui ne tarde pas à éclater.

VI. — 10 h. 38 m. *a*). Première période comme précédemment.

b). Contorsions, cris, grands mouvements, frappe des pieds. Tout d'un coup elle s'arrête :

c). « Oh! ces horribles bêtes!... (Elle frappe sur son lit.) Des crapauds! des hannetons! des lézards! (Elle crache sur ces bêtes.) J'aime encore mieux des grosses bêtes que ces petites bêtes-là, c'est sale! c'est dégoûtant! » — Elle regarde en haut les mains jointes dans une sorte d'extase : « Oh! la belle vierge! Elle est habillée de bleu avec... » Suzanne fait une prière qui dure quelques instants et qu'elle termine par le signe de la croix. « Et dire qu'il y a des gens qui n'y croient pas! » — Elle regarde en bas, cherche dans son lit : « C'est de l'eau, ça! Je ne veux pas me mouiller les pieds... Oh! (Avec des gestes de dégoût.) Il sort des bêtes de là dedans... Quelles sont ces bêtes là? des sangsues; elles n'ont pas de pattes... »

A ce moment un violent coup de gong frappé près de son oreille demeure sans effet. Le délire qui continue est arrêté par la compression ovarienne et la connaissance ramenée. Nouveau coup de gong. Aussitôt Suzanne est rendue cataleptique, comme cela a lieu habituellement. On abaisse ses paupières avec la main, et survient un nouvel état nerveux, la somniation[1]. Mais bientôt recommence spontanément une nouvelle attaque.

VII. — 10 h. 48 m. *a.*) *Période épileptoïde* comme précédemment.

b). Période des contorsions et des grands mouvements, semblable aux précédentes. Elle enlève l'oreiller avec les dents.

10 h. 49 m. *c*). « Oh! tout ce sang! ces plaies!... C'est le champ de bataille! Quel carnage! Ces chevaux morts!... Ces pauvres gens qui ne sont pas tout à fait morts, faut les ramasser, leur bander la tête, les panser... Celui-là qui se plaint... Ohé! monsieur, là-bas, faut lui mettre de l'eau. (A part.) Il ne bouge pas. Faites un signe si vous entendez, êtes-vous sourd : Il faut lui donner de l'eau. » Elle fait des signes avec la main, regardant en bas, penchée sur le bord gauche de son lit. On dirait que la scèce se passe bien

1. Nous étudierons plus loin ces curieux phénomènes de catalepsie et de somniation hystériques provoquées.

loin sous le parquet. « S'il pleuvait, ça ferait revenir tous ces morts-là !... C'est les Prussiens qui les ont tués. Ces maudits Prussiens !...

» Si je pouvais en tuer, quel bonheur ! Je boirais leur sang... On va les enterrer comme des bêtes, tous pêle-mêle...

» En voilà un qui étouffe sous son cheval, il faut le retirer... Ces bonnes sœurs qui les ramassent... Il a mal à son bras, celui-là. Il faut lui bander le bras... »

— La scène change. « Oh ! qu'il est joli ! » Assise sur son séant, l'œil dirigé en haut, elle chantonne et marque la mesure de la tête et des mains. « Y en a-t-il, des paillettes d'or ! Ça fait mal à la tête... Comme elles dansent bien !... Oh ! ce gaz m'étourdit... Je ne vois plus rien que du brouillard... Oh ! oh ! ça me fait un drôle d'effet. » Survient aussitôt une nouvelle attaque.

VIII. — 10 h. 54 m. *a*). *b*.) La première et la deuxième période ne présentent rien de nouveau. Elles durent ensemble deux minutes.

Ensuite Suzanne tourne dans son lit, cherche, furète... « Je te dis qu'il est là-dessous... » Elle fait des grimaces, tire la langue... « Monstre !... Je vais aller aux courses, je vais m'habiller... Quelle heure est-il ?... Non, c'est comme ça... je suis bien libre, moi. Ah ! ah ! » Elle rit, et demeure quelques instants couchée, la tête sur son bras gauche replié.

Elle se soulève, un nouveau tableau se déroule à ses yeux. « Oh ! il y en a au moins deux millions !... Ils sont à cheval... (Elle fredonne un air militaire.) C'est beau des soldats !... Georges, regarde donc, comme je serais fière de toi, quand tu seras officier... Après tout je m'en moque pas mal, va. (Elle paraît redoubler d'attention.) Les chevaux sont encore plus beaux que les hommes. Je ne sais pas pourquoi, mais les soldats ne sont jamais beaux de figure. C'est probablement parce qu'ils n'ont pas de barbe ni de cheveux.

» J'aime mieux les cuirassiers... cependant les bottes ça sent mauvais... Que de lances au soleil !... C'est la revue... Tiens ! Napoléon IV qui passe là. Allons, à bas la République, puisque l'empereur est revenu. Je croyais qu'il était mort.

» Tiens, il a l'air d'un fat !... — Ça brille au soleil tout ça... Quelle poussière !. On ne les voit plus. Toute cette poussière les cache... Ça prend à la gorge... ça m'agace... en voilà de la poussière... Oh ! ça brille, ça éblouit et puis cette poussière !... (Elle tousse, se frotte la gorge.) Allons je ne regarde plus rien... »

11 h. 4 m. Nouvelle attaque arrêtée par la compression. Pour susprendre complètement cette série d'attaques qui se prolonge, nous soumettons notre malade aux inhalations de chloroforme.

29 septembre 1879. — Suzanne N... est en attaque depuis 11 heures jusqu'à 3 heures 20. La série s'est composée de vingt-six grandes attaques complètes et de cinq attaques bornées à la période épileptoïde. Les grandes attaques n'ont pas changé de caractères, elles se ressemblent toutes et ne varient que par la période des hallucinations et le délire, dont la variété paraît inépuisable. En voici un échantillon.

11 h. 50 m. *a*). La période épileptoïde est d'assez courte durée, on y

distingue cependant les trois phases habituelles, et l'écume coule des lèvres.

b). Agitation ; cris, les attitudes illogiques se succèdent au nombre de trois représentées déjà figures 44, 45 et 46 ; mouvements de roulis.

c). Elle est saisie de crainte, se cache la figure dans l'oreiller. — Bientôt elle se redresse, et se penchant sur le bord de son lit, l'œil fixé à terre, elle est victime d'une *hallucination effrayante* qu'elle traduit en ces termes : « Oh ! la terre qui s'ouvre... des têtes sortent... ce sont des fantômes... Tiens !... Oh! ces têtes affreuses ! ces grimaces qu'elles font !... je n'ai pas peur. (Elle se redresse un peu.) Je ne veux pas qu'il me touche, celui-ci... » (Brusque mouvement d'effroi.) Après un instant de silence : « Eh ! bien, approche... qu'il ose... (Air de défi.) Oh ! (Elle rit.) pour sûr que ce n'est pas vrai... si... c'est bien des fantômes... Oh!... (Long mouvement de surprise et d'effroi.) Ces bêtes qui viennent près de moi !... ces crapauds ! Oh ! maman ! ils viennent sur moi. (Vive frayeur ; elle se retire, se cache sous ses convertures.) Je n'aime pas ça des crapauds... c'est sale, pouah !... des crapauds. On voit des singes, des crapauds, de tout dans cette maison-là »

Le *côté gai* de l'hallucination ne tarde pas à se montrer. On voit Suzanne, assise sur son lit, diriger en haut un regard extatique : « Oh ! c'est le chœur des anges... qu'il est beau... Ce n'est pas un ange pourtant... Ah ! c'est ça... c'est un acteur !... Quelle drôle de tête il a... Tiens ! Tiens ! (Elle chantonne en prêtant l'oreille.) J'aime bien cet air-là... Oui... j'aime bien entendre de la musique comme ça... Mais sont-ils laids, tous ces musiciens !... Ils sont bien galonnés !... de l'or... en voilà de l'or. (Puis en ravisant.) C'est-à-dire du cuivre !... Oh ! ça étourdit !... Oh ! que c'est drôle !... — Il fait froid !... Brr !... on gèle... En voilà de la neige qui tombe... je ne vais jamais retrouver mon chemin ! Quel temps gris !... C'est aussi gris sur la terre qu'au ciel !... Quel tourbillon ! En voilà de la neige... Ça prend à la gorge, ce froid-là !... (Elle porte la main à son cou comme pour en détacher quelque chose qui l'étouffe.) Toute cette neige !... c'est gênant !.. Je suis tout étourdie. »

Subitement une nouvelle attaque recommence. Il est midi. L'attaque que nous venons de décrire a duré 10 minutes.

Il est difficile de trouver un exemple plus complet et plus confirmatif de la description que nous avons donnée.

Nous y relèverons les caractères si accusés de la période épileptoïde, la régularité de la période des contorsions, qui se montrent sous trois formes principales et qui se répètent le plus souvent de la même façon, enfin la nature des hallucinations qui président à la troisième période dont la source est dans l'imagination de notre malade et sur lesquelles nous avons déjà insisté ailleurs.

Les attaques de Suzanne N... n'ont pas toujours eu ce développement, et l'on serait peut-être tenté de l'attribuer à l'influence du milieu et de l'imitation. En effet, au commencement de son séjour à la Salpêtrière, ses attaques, quoique plus fréquentes, n'offraient pas un caractère aussi nettement infini. Dans ce cas particulier, nous avons eu la bonne fortune de pouvoir observer la malade avant son entrée à la

Salpêtrière, alors qu'elle n'avait été en relation avec aucune autre hystérique. Voici les notes que j'ai prises alors, relativement à une attaque dont je fus témoin en ville le 14 mars 1879. La malade est entrée à la Salpêtrière le 24 mars.

Quelques heures avant la crise, la mère de Suzanne raconte que celle-ci cherche à s'isoler. Elle sent qu'elle va être malade, souffre de partout et principalement du ventre. Elle chante, récite des vers.., puis la crise éclate tout d'un coup. Elle s'endort, suivant l'expression des parents, mais d'un singulier sommeil. Transportée sur son lit, ou étendue à terre sur un matelas, elle est rigide, la tête droite, les yeux convulsés en haut, les dents serrées, les bras dans l'extension et la pronation forcée, approchés du tronc, les poignets legèrement fléchis, les doigts fermés sur le pouce, les jambes étendues et fortement serrées l'une contre l'autre. Par instants, de légers tressaillements parcourent les bras et tout le corps, quelques mouvements de déglutition pénible se produisent, un peu d'écume vient aux lèvres, les paupières sont animées d'un clignotement menu et rapide. Cette phase, qui présente les caractères de l'épilepsie, avec prédominance des contractions toniques, dure quelques minutes.

Puis les bras se fléchissent brusquement, et commence alors le désordre des mouvements ; il devient très difficile de la maintenir. Quatre personnes y parviennent à peine. La malade se soulève en arc de cercle et retombe brusquement sur le siège, elle pousse des cris perçants, elle tourne la tête de côté et d'autre, s'agite dans toutes les directions et cherche à se déchirer elle-même.

Enfin la malade retombe affaissée, dans la résolution. Quelquefois elle se frotte les yeux, recouvre un instant connaissance, elle parle à sa mère. Mais bientôt survient la raideur, et une nouvelle crise se développe semblable à la première. Les crises se succèdent ainsi pour former une série.

Au réveil, quand l'attaque est terminée, Suzanne dit ne se souvenir de rien. En tout, l'attaque a duré environ une heure.

Si dans cette attaque nous trouvons sans difficulté une période épileptoïde et une période des contorsions et des grands mouvements, la période des attitudes passionnelles paraît faire complètement défaut. Cependant la mère de la jeune malade nous raconte qu'à la suite de ses attaques, alors qu'elle a repris connaissance et qu'elle est bien tranquille couchée dans son lit, elle est tourmentée par des hallucinations qu'elle raconte fort bien ensuite. Elle voit des animaux, des singes principalement. Elle a des moments de grande frayeur, elle cherche à se dérober ; d'autres fois elle manifeste un contentement qui se traduit par des signes non équivoques. Elle demeure parfois comme en extase.

Il est facile de distinguer dans ce que nous venons de rapporter la *période épileptoïde*, la *période des contorsions et des grands mouvements* et les éléments de la *période des attitudes passionnelles*. Par les progrès seuls de la maladie, les attaques, en augmentant de gravité, de-

vaient naturellement revêtir les caractères que nous avons observés plus tard, alors que la malade était depuis quelques mois dans le service de M. Charcot.

Observation LVIII[1]. — *Hémianesthésie gauche. Achromatopsie et ovarie du même côté. Zones hystérogènes. — Phénomènes d'hypnotisme. — Grandes attaques convulsives complètes et régulières. — Atténuation de la période épileptoïde qui manque quelquefois, et ne se compose que de la phase tonique.*

Léonore Rob... est entrée le 27 mai 1879 dans le service de M. Charcot à la Salpêtrière. Petite, brune, constitution peu robuste. A eu sa première attaque hystéro-épileptique à dix-huit ans. Elle est hémianesthésique du côté gauche et achromatopsique du même côté. La douleur ovarienne existe aussi à gauche. Elle possède, en outre, plusieurs zones hystérogènes. (Voy. p. 34.) Le bruit du gong provoque immédiatement la catalepsie. Elle est très sensible aux pratiques hypnotiques.

Les attaques sont précédées des prodromes habituels. L'aura hystérica se développe suivant la loi connue : douleur ovarienne, douleur cardiaque, palpitations, strangulation, puis, battements dans les tempes, sonneries dans l'oreille, brouillard devant les yeux. Ces phénomènes se produisent presque exclusivement du côté gauche.

Les attaques que nous avions l'occasion d'observer chez cette malade, le 9 septembre 1879, présentent les trois périodes habituelles, avec les particularités suivantes :

1° La première période n'est qu'esquissée. Au début de l'attaque, la malade porte la main au creux de l'estomac, comme quelqu'un qui souffre, puis les bras se fléchissent et s'étendent lentement, ébauchant les grands mouvements toniques, et tout le corps demeure un instant rigide dans l'extension. La période épileptoïde s'arrête là. Quelquefois même elle paraît manquer complètement.

2° La deuxième période est bien marquée par des arcs de cercle, de l'agitation et de grands sauts de tout le corps.

3° La troisième période se prolonge pendant un temps fort long. Les hallucinations et les attitudes passionnelles qui y correspondent sont fort variées. Elle voit des fleurs qu'elle cueille, elle les approche de ses narines pour les sentir. Elle voit des papillons qui volent, des oiseaux magnifiques auxquels elle présente l'index, des singes qu'elle cherche à attirer en faisant un petit bruit spécial avec ses lèvres... etc. Attitude de menace, de crainte, de colère, de joie, etc. Les tableaux gais et terribles se succèdent tour à tour.

Voici quelques notes prises à son lit, lors d'une de ses grandes attaques, le 25 octobre 1879 :

1. Personnelle, 1879. Recueillie dans le service de M. Charcot.

Léonore a eu des attaques hier soir. Ce matin les attaques ont recommencé. Lorsque nous l'observons, elles durent depuis une heure environ.

I. — 10 h. 55 m. La malade porte la main à l'estomac et se frotte la poitrine. C'est l'indice précurseur d'une attaque.

a). En effet, elle se renverse bientôt, et tout le corps se raidit en se contournant ; la face est congestionnée, les yeux convulsés en haut. Cette phase *tonique*, qui dure peu d'instants, représente à elle seule la période épileptoïde.

b). Aussitôt après, Léonore exécute de grands sauts, qu'elle répète une dizaine de fois, se soulevant en arc de cercle et se laissant brusquement retomber sur le lit. Puis elle demeure immobile dans une attitude bizarre : elle ne repose que sur le siège ; les deux bras, croisés derrière les cuisses, élèvent les deux jambes presque verticalement, et maintiennent les genoux contre la poitrine. La tête est renversée, les yeux grands ouverts, et la face sans expression. Cette attitude, qui dure 10 à 15 secondes, se résout tout d'un coup, et les hallucinations commencent.

c). La malade s'agite, en proie à une vive terreur. Elle fait des gestes de menace, sa figure devient terrible, elle s'écrie : « Ah ! boucher, chameau !... sale bête !... » Elle se cache la tête dans les oreillers, en poussant des cris très aigus. On dirait qu'on l'étrangle [1].

Un tableau plus riant succède à cette agitation. Assise sur son lit, les bras croisés sur ses jambes, elle contemple...; sa physionomie respire le contentement.

II. — 10 h. 58 m. Mais la malade porte bientôt la main à sa poitrine, elle se renverse, et presque aussitôt elle se met à exécuter les grands sauts déjà signalés. Cette fois, la période épileptoïde a paru faire complètement défaut.

Les grands mouvements se terminent par l'attitude bizarre, décrite dans l'attaque précédente. Puis commencent les attitudes passionnelles de la troisième période.

Expression d'anxiété. La malade se tient la langue, qu'elle tourne en divers sens dans la bouche. La terreur augmente : « Chameau !... » Alors survient une lutte terrible accompagnée de cris perçants. Le calme revient tout d'un coup, elle appelle des oiseaux et leur présente l'index recourbé. Elle se débat de nouveau, tire la langue, fait des grimaces : « J'ai pas peur de toi, sale bête !... » Survient une attitude dont nous ne comprenons pas bien la signification. Assise sur son lit, elle croise les jambes, saisit son pied droit et se met à sucer son gros orteil. Elle rit à se tordre. La gaieté ne dure pas longtemps : « Te voilà encore, sale bête ! » Elle saisit le drap avec ses dents et se met en devoir de le déchirer. On parvient à lui faire lâcher prise, en lui pinçant fortement le nez pour empêcher la respiration. — Elle regarde en l'air avec admiration : « Quel beau feu d'artifice ! » — Elle se retourne : « T'as beau faire des grimaces, vieux guignol ! » Elle se balance en faisant des grimaces.

1. Ce côté terrible de son délire lui représente un boucher qui veut lui couper la langue, lui arracher les dents, la tuer. Dans les attaques qui suivent nous trouvons d'autres attitudes en rapport avec cette hallucination.

III. — 11 h. 5 m. Elle porte la main à sa poitrine, et se frotte. Un léger frémissement parcourt tout le corps, elle se renverse, et exécute de suite une dizaine de grands sauts qui se terminent par la même attitude que précédemment.

Attitudes passionnelles. Assise sur son lit, elle joint les mains en regardant le ciel, « la Sainte Vierge », dit-elle. Puis elle se renverse, et se mettant en croix, elle dit : « Le bon Dieu fait comme ça ». Cette attitude ne se prolonge pas, elle se redresse et, accroupie sur son lit, rit aux éclats. — Mais la terreur survient avec une violence extrême. Elle se dresse toute droite sur un pied, le poing levé et la fureur au visage. Tout le poids de son corps porte en avant sur les liens relâchés de sa camisole de force, et plusieurs infirmières la maintiennent difficilement. « Sale bête, dit-elle, tu viens me manger ; c'est un ours, voyez sa gueule. »

IV. — 11 h. 9 m. Sans qu'elle change d'attitude on voit son visage perdre son expression, sa respiration se précipite, ses yeux se convulsent en haut, tout son corps est agité d'un petit tremblement. Peu à peu elle s'affaisse et retombe sur son lit.

A peine étendue, les grands sauts commencent. Ils se répètent jusqu'à seize fois, et se terminent par une attitude analogue à celle que nous avons indiquée dans les précédentes attaques.

Attitudes passionnelles. Elle fait des pieds de nez, tire la langue en faisant des grimaces. Mais la terreur gagne, elle se lève et entre dans une grande agitation en criant : « Non ! Non ! » — Elle fait des efforts surhumains, on a beaucoup de peine à la maintenir. « Non, je ne veux pas ; sale bête, il veut me tuer ; tu n'auras pas ma tête. » Elle se cache la tête dans les oreillers, en poussant des cris si aigus, si perçants, qu'on ne saurait mieux les comparer qu'à ceux d'un porc que l'on égorge. — Elle se redresse et se balance : « Oh ! qu'il est beau ! » Elle fait du bruit avec les lèvres comme pour attirer un oiseau. « Pierre ! Pierre ! » crie-t-elle d'une voix forte. — Elle déchire son drap. — Le calme revient : « Oh ! les belles fleurs ! », dit-elle et elle se penche en avant pour les cueillir. Elle fait le geste de les sentir : « Ça sent bon », ajoute-t-elle. — Nouvelle attitude de terreur, elle lève le poing et frappe le lit : « Sale bête ! » — La connaissance revient tout d'un coup et spontanément : « Tiens te voilà, madame X. (Elle nomme la surveillante qui est près d'elle.) Il fait chaud ! » Mais cet instant de raison est fort court.

V. — 11 h. 15 m. Nouvelle attaque ; la malade se frotte la poitrine et exécute aussitôt les grands sauts de la seconde période.

Les attitudes passionnelles se succèdent ainsi : Terreur, le poing levé. Elle rit : « Oh ! les beaux petits pigeons ! viens donc ! » Elle leur présente le doigt. — Sorte d'extase, les mains étendues, présentant leur face palmaire en avant et en haut. — Terreur. Elle compte ses dents avec le doigt, pousse des cris aigus : « Vieux boucher ! » — Elle appelle son chat : « Noireau !.., dit-elle, en regardant en haut, donne ta patte !... » — Elle se retourne tout à coup comme si quelqu'un venait de passer au pied de son lit : « Comme tu es belle ! tu es mariée aujourd'hui ! Oh ! je voudrais me marier... » — Elle reprend aussitôt connaissance. Au bout de peu d'instants recommence une nouvelle attaque.

VI. — 11 h. 19 m. Cette nouvelle attaque commence par une phase où les signes épileptoïdes sont un peu plus accusés que nous ne l'avons observé jusque-là. La malade se raidit en s'enfonçant dans son lit, le tronc s'incurve en arrière, les jambes à demi fléchies, les bras élevés au-dessus de la tête. La tête est tournée un peu à droite, les yeux sont convulsés en haut et à droite, la bouche à demi ouverte, la face légèrement congestionnée. Il n'y a pas d'écume. Cette attitude tétanique dure peu et cesse tout d'un coup. Si nous pouvons retrouver là la phase tonique de la période épileptoïde, la phase clonique manque complètement.

La malade exécute ensuite ses grands sauts entremêlés de cris aigus.

Puis elle se redresse, appelle madame X..., fait des grimaces, tire la langue... Ses bras se fixent derrière son dos. « Mes bras! » crie-t-elle d'un ton de souffrance. Elle a aussitôt recouvré sa connaissance, et ses bras sont contracturés.

11 h. 22 m. Nouvelle attaque. Nous quittons la malade. Mais il est facile de prévoir que la série touche à sa fin, ce qu'indiquent suffisamment et le retour momentané de la connaissance entre les attaques, et l'apparition de la contracture partielle.

Obs. LIX[1]. — *Hémianesthésie à gauche. Ovarie, achromatopsie du même côté. Zones hystérogènes. Sensible aux pratiques hypnotiques. Grandes attaques convulsives complètes et régulières.*

Juliette Dub..., dix-huit ans, forte, grande, d'une solide constitution, est entrée à la Salpêtrière, dans le service de M. Charcot, le 21 mars 1879. A part une fièvre typhoïde à onze ans, Juliette s'est bien portée jusqu'à quinze ans. Vers l'âge de quinze ans, elle aurait eu des attaques d'épilepsie qui ont persisté jusqu'à son entrée à la Salpêtrière.

Six semaines environ après son arrivée ici, on aurait observé les grandes attaques hystériques. Il est possible que cette malade soit à la fois hystérique et épileptique, ou autrement dit, soit atteinte d'« hystéro-épilepsie à crises distinctes ». Mais nous ne saurions l'affirmer, n'ayant jamais eu l'occasion d'observer ce qu'on appelait ses attaques d'épilepsie. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que les attaques dont nous avons été témoin et dont nous rapportons quelques exemples plus loin, relèventde la grande hystérie ou « hystéro-épilepsie à crises combinées », dont la malade présente d'ailleurs d'autres signes importants. Elle est hémianesthésique à gauche et achromatopsique du même côté. En outre de l'hyperesthésie ovarienne, elle possède trois zones hystérogènes (voy. p. 34).

Le bruit du gong ne la rend point cataleptique, mais occasionne une attaque épileptiforme. Elle est fort sensible aux pratiques hypnotiques.

Prodromes des attaques. — Dub... présente les signes précurseurs habituels de la grande attaque hystérique : agitation, perversion des idées et des sentiments, douleur ovarienne surtout du côté gauche, douleur thoracique au-dessus des seins au niveau des zones hystérogènes, strangulation, batte-

1. Personnelle, 1879. Recueillie dans le service de M. Charcot.

ments dans les tempes et sifflement dans les oreilles, principalement du côté gauche. Elle offre ceci de particulier qu'au moment où vont éclater les convulsions, elle voit tout en rouge.

26 septembre 79. — Juliette Dub... a ses attaques depuis quelques instants ; à notre arrivée, elle est au milieu des attitudes passionnelles.

I. — 10 h. 36 m. *a*). Période épileptoïde marquée par une raideur de tout le corps dans l'extension, suivie bientôt d'un tremblement généralisé et violent.

b). La seconde période est marquée par cinq grandes « salutations » rapides (fig. 47), des sauts irréguliers, un grand cri prolongé, puis un « arc de cercle », la malade reposant sur le côté.

c). La troisième période suit immédiatement, composée d'attitudes passionnelles variées avec hallucination qui se succèdent ainsi : — Attitudes de menace, expression terrible. — Expression plus calme, la malade met un doigt sur sa bouche. Elle se saisit la gorge et se roule sur son lit, en proie à une violente suffocation [1]. Le visage est congestionné. — Nouvelle attitude de menace. — Terreur. — Plus calme, elle paraît préoccupée d'une vision qui se trouve en haut et en face de son lit, regardant tour à tour à droite et à gauche et changeant de physionomie à tout instant.

II. — 10 h. 40 m. *a*). Nouvelle période épileptoïde semblable à la précédente.

b). Plusieurs sauts ; attitude illogique analogue à celle qui est représentée figure 45, et que nous désignerions volontiers sous le nom d'arc de cercle à concavité antérieure ; — puis arc de cercle à concavité postérieure dans le décubitus latéral et les bras fixés derrière le dos.

c). Assise sur son lit, la malade semble interroger du regard un être invisible, les doigts de la main droite sont près de ses lèvres. — Tout à coup terreur ; attitude de la défense ; au-dessus du coude levé, le visage lance de côté des regards furieux. — Elle regarde sur son lit, touche avec la main, se redresse, se baisse de nouveau, cherche du regard près d'elle, sent son oreiller. — Ses yeux se dirigent de nouveau en haut ; geste de défi. Elle se mord les doigts ; fait un signe avec la main comme pour éloigner.

III. — *a*). Tout d'un coup la tête tourne à droite. Raideur générale dans l'extension ; puis tremblement.

b). Cinq grands sauts, — cris, — arcs de cercle variés, postérieur (fig. 44), antérieur (fig. 45), puis latéral (fig. 37).

c). 10 h. 48 m. Mouvement de défense, regard de défi, — elle se croise les bras, semble questionner quelqu'un ; — vision plus gaie en haut et à gauche, elle fait quelques signes de dénégation. — Elle regarde à gauche dans son lit, embrasse l'angle de son oreiller, rit, le caresse, l'embrasse de nouveau. — Attitude de terreur, le regard dirigé en haut et à droite.

IV. — 10 h. 51 m. *a*). Tout d'un coup la tête tourne à droite ; pendant la

1. Ce mouvement, qu'on pourrait mettre sur le compte de la suffocation hystérique, n'est autre qu'une attitude passionnelle, reproduisant le moment où, dans une scène d'amour, la malade menaça son amant de se faire mourir en s'étranglant.

raideur générale, la face est congestionnée, les yeux fermés, il n'y a pas d'écume. Le tremblement général est suivi de quelques secousses.

b). *c*). Les deux autres périodes suivent, présentant des caractères semblables aux mêmes périodes des attaques précédentes.

D'autres attaques se succèdent, qui ressemblent beaucoup à celles que nous venons de noter.

10 h. 56 m. — Nouvelle attaque beaucoup plus courte.

10 h. 57 m. — Nouvelle attaque.

11 h. — Nouvelle attaque.

11 h. 4 m. — Id.

11 h. 8 m. — Id.

A ce moment on met à la malade le compresseur de l'ovaire. Les attaques sont suspendues par le fait de la compression ovarienne.

Dans la série d'attaques qui vient d'être rapportée, on observe une période épileptoïde nettement indiquée, bien que de courte durée. Les deux autres périodes offrent un remarquable développement.

La série suivante offre beaucoup d'analogie avec celle-là, la période épileptoïde est encore mieux accusée.

30 septembre 1879. — Dub... a gardé le compresseur toute la nuit, parce qu'elle sentait l'imminence de ses attaques. Ce matin, au moment où nous retirons l'appareil, les attaques commencent aussitôt.

I. — 10 h. 27 m. *a*). Tout le corps se raidit et la période épileptoïde se développe, passant successivement par la phase toniqne et la phase clonique.

b). Contorsions.

c). Hallucinations. — Attitudes passionnelles : sorte d'extase, le regard toujours fixé en haut, entrecoupée de mouvements de crainte et de terreur.

II. — 10 h. 30 m. Une nouvelle attaque débute subitement.

a). Période épileptoïde semblable à la précédente.

b). Grands sauts, arc de cercle, cris, arc de cercle dans le décubitus latéral (fig. 37), arc de cercle renversé (fig. 46).

c). Hallucination. — La malade se tient la tête, elle veut fuir. Cette période est très courte.

III. — 10 h. 32 m. *a*). La tête tourne à droite et tout le corps se tétanise dans l'extension ; le bras gauche est fléchi, le poing dans le dos. — Les mouvements cloniques suivent bientôt.

b). Sauts variés, arc de cercle latéral (fig. 37).

c). Hallucination. — Vision affreuse en haut et à droite ; la malade veut fuir. Par la pression thoracique nous arrêtons l'attaque et la malade reprend aussitôt connaissance ; mais à peine cessons-nous cette manœuvre que l'hallucination reparaît à l'instant même, et la troisième période de l'attaque continue comme si de rien n'était. Elle regarde à côté d'elle dans son lit et, soulevant les draps, semble chercher quelque chose. — De nouveau son regard se dirige en haut, la terreur se peint sur ses traits, elle veut fuir. —

Peu à peu la vision paraît devenir moins terrible, sa physionomie revêt une expression plus calme. Un léger sourire effleure ses lèvres. Mais soudain survient une nouvelle attaque.

IV. — 10 h. 36 m. *a*). La tête tourne à droite, quelques mouvements de déglutition se font entendre; le tétanisme immobilise tout le corps dans l'extension, un bras se trouvant fléchi, le poing dans le dos. Les mouvements cloniques généralisés suivent.

b). Grands sauts, cris, arc de cercle en avant (emprostotonos), les bras et les jambes étendus (fig. 45); d'un bond la malade se jette sur le ventre ; arc de cercle renversé (fig. 46).

c). L'hallucination apparaît terrible. « Mais non !.. non... » Elle veut fuir. Elle se tient la gorge de ses deux mains et paraît en proie à une violente suffocation; le visage est congestionné. — Expression de colère, mouvement de défense avec le bras gauche : « Ah bien! non, méchant... » — Elle se soulève ; le regard, toujours dirigé en haut, va de droite à gauche; des expressions diverses se peignent sur son visage: — elle regarde à côté d'elle sur son lit, semble fureter... Arrêt de l'attaque par la compression ovarienne.

V. — 10 h. 43 m. Nouvelle attaque aussitôt qu'on cesse la compression.

a). Première période semblable aux précédentes.

b). Deuxième période. — Sauts, cris et contorsions variées.

c). Troisième période. — Hallucinations et attitudes passionnelles. Elle est assise sur son lit et regarde attentivement à côté d'elle : « C'est un chardonneret, » dit-elle. Elle cherche à l'attirer en faisant avec sa bouche un bruit particulier. — Tout d'un coup il semble s'envoler. Elle le suit de l'œil dans l'espace : « Il faut lui couper l'aile. » De nouveau elle abaisse ses regards sur son lit. Elle fait avec l'index le geste de prendre l'oiseau sur le doigt. Elle saisit de ses deux mains un coin de son drap, qu'elle caresse. Puis elle chasse l'oiseau de la main, elle souffle dessus : « Envole-toi » ; elle souffle encore. Elle persiste à vouloir le faire envoler, mais il paraît qu'il résiste, car son impatience se traduit bientôt par ces mots : « Sale bête ». — « Tiens, il y a des œufs... ils viennent éclore là... Tiens voilà la mère qui vient... Ils ne sont pas si beaux que chez nous, ils n'ont pas de tête rouge. » Elle les chasse du geste. « Tiens, voilà le père, maintenant. » Elle soulève son oreiller, regarde dessous. Elle persiste à souffler, et répète le geste pour éloigner les oiseaux; son expression devient du dégoût, elle crache sur eux..... « Tu aurais dû m'apporter un serin, au lieu de m'apporter ça... tu m'apporteras un serin, Arthur... Je n'ai pas de cage pour eux... Embrasse-moi et puis va-t'en... » Elle donne un baiser. Pendant toute cette scène, la malade est complètement insensible à toute excitation du dehors. On peut lui bander les yeux, son hallucination persiste quand même et ses gestes ne perdent rien de leur précision.

VI — 10 h. 54 m. Nouvelle attaque qui survient aussitôt après le baiser.

a). La tête tourne à droite et la phase épileptoïde se déroule, semblable aux précédentes.

b). Sauts, cris, contorsions : arcs de cercle variés.

c). Attitudes passionnelles. Sorte d'extase. L'expression, d'abord gaie,

devient terrible : « Monstre, infâme !.. y a pas de danger... mauvais sujet... Je ne t'aime pas, du reste ; non je ne t'aime pas... » Elle fait des signes de tête et son regard est dirigé en haut et à droite.

VII. — 10 h. 57 m. Puis elle porte ses mains à sa gorge et une nouvelle attaque survient, qu'on arrête par la compression ovarienne au milieu de la période des contorsions.

On place de nouveau à la malade l'appareil compresseur des ovaires, et l'attaque est suspendue.

On voit en somme que, pendant une troisième période fort développée, cette malade cause fort peu. Dans d'autres attaques nous avons pu saisir des lambeaux de phrase comme ceux-ci : « Méchant ! Brutal..... Ils vont la tuer... Tas d'assassins !... Voyez le sang qui coule... oh ! lâches... Tas de faquins, de vagabonds !.... »

Une autre fois : « Non ! je ne périrai pas... oh ! là là... » ou bien encore : « J'ai vu bien des choses, c'est trop triste pour le dire, » etc., etc.

Observation LV[1]. — *Hémianesthésie à gauche. Ovarie, achromatopsie partielle du même côté, zones hystérogènes ; sensible aux pratiques hypnotiques. — Grandes attaques complètes avec les particularités suivantes : période épileptoïde très accusée, manque quelquefois ; les grands mouvements de la deuxième période revêtent une forme insolite ; les attitudes passionnelles de la troisième période présentent quelques-uns des caractères de l'état cataleptique.*

Math... âgée de vingt ans, petite, brune, très solidement constituée, d'un tempérament sanguin et d'une intelligence bornée, est entrée le 30 juin 1879 dans le service de M. Charcot à la Salpêtrière. Elle a eu sa première attaque à douze ans. Elle est hémianesthésique à gauche, ovarienne du même côté, achromatoptique incomplète de l'œil gauche (elle ne voit pas le violet). Elle possède deux zones hystérogènes, l'une sous-mammaire du côté gauche, et l'autre lombaire située sur la ligne médiane. Le bruit du gong la rend immédiatament cataleptique, elle est sensible aux pratiques hypnotiques.

Les attaques sont précédées pendant une journée ou plusieurs heures des troubles précurseurs habituels. La douleur ovarienne s'exagère et existe surtout à gauche. De ce côté gauche du ventre la malade ressent des « glouglous ». Puis la sensation douloureuse monte dans la région du cœur, et la gorge devient le siège de la « strangulation ».

Les tempes battent, les oreilles bourdonnent, principalement du côté gauche. « Son œil saute, » elle a des éblouissements, et voit souvent apparaître à sa gauche une grosse tête affreuse aux cheveux hérissés, aux oreilles énormes et dont les yeux sont « de toutes les couleurs ».

Les attaques se rapportent parfaitement au type décrit, mais chaque période conserve l'empreinte d'une vive originalité.

1. Personnelle, 1879. Recueillie dans le service de M. Charcot.

La première période est remarquable par son intensité et a déjà été décrite plus haut, page 67.

Les grands mouvements et les cris de la deuxième période ont subi chez cette malade une modification singulière. Ils concourent tous à un même but d'imitation. Ils imitent le chemin de fer. J'ai déjà eu l'occasion d'en rapporter quelques exemples (voy. p. 85).

Enfin les attitudes passionnelles, qui correspondent aux diverses hallucinations, sont très développées, mais s'éloignent de la règle en ce qu'elles présentent quelques-uns des caractères de l'état cataleptique.

Dans les séries d'attaques que nous avons pu observer chez cette malade, nous avons vu la période épileptoïde ne pas se répéter régulièrement à chaque attaque et faire défaut quelquefois.

Voici quelques notes prises pendant les attaques.

25 septembre. — Math... a déjà eu, de 8 à 9 heures du matin, une série d'attaques à la suite de laquelle elle demeure plongée dans un état cataleptique qui dure encore lorsque nous l'observons à 10 h. 5 m. — Elle est dans le décubitus dorsal, les yeux convulsés en haut et à droite, le facies immobile. Les membres conservent les positions variées qu'on leur communique. Bientôt de petites secousses qui soulèvent les épaules et les bras indiquent l'imminence de nouvelles attaques. En effet, tout d'un coup elle s'agite, elle saute sur son lit imitant avec sa bouche le bruit du chemin de fer ; mais ces mouvements ne durent pas et ne sont qu'esquissés. Les hallucinations surviennent. La physionomie respire la terreur : « Oh ! non... » crie-t-elle. Les yeux lancent des regards terribles, elle se débat comme pour se soustraire à un danger.

10 h. 14 m. Nouvelle attaque qui débute par la seconde période. La période épileptoïde fait complètement défaut. Retombée dans le décubitus dorsal, la malade commence à faire avec les lèvres quelques « ch... ch... » qui d'abord éloignés se précipitent progressivement, c'est par là que débute l'imitation du chemin de fer; bientôt un mouvement rythmé sur le bruit des lèvres gagne les bras et tout le corps. L'agitation augmente au point que le tronc se soulève complètement pour retomber ensuite sur le lit, et la malade pousse des cris aigus et prolongés qui imitent le sifflet de la locomotive.

Troisième période. — Puis elle se place brusquement dans une attitude que rappelle la figure 45. Le tronc est courbé en avant, les jambes étendues et soulevées au-dessus du lit, les bras étendus également et formant angle droit avec le tronc. La face est sans expression. Dans cette position la malade conserve l'immobilité pendant quelques instants. Elle est cataleptique. Les membres se laissent déplacer facilement et conservent la nouvelle attitude qu'on leur communique. Nous verrons cette même attitude cataleptique se reproduire souvent et marquer le début de la troisième période. Ensuite l'hallucination survient. Spontanément la malade prend une attitude d'effroi, qui se rapproche de celle qui est figurée planche III, page 89, et qui a trait à Marc... Sa physionomie devient terrible.

10 h. 16 m. Nouvelle attaque qui débute également par le « chemin de fer » comme la précédente : mais l'agitation est encore plus grande. Le « chemin

de fer » est interrompu par une attitude en arc de cercle. Les cris « de sifflet » ne manquent pas.

10 h. 16 m. 30 s. *Troisième période.* — Attitude cataleptique semblable à celle de l'attaque précédente, suivie également d'une attitude de frayeur.

10 h. 17 m. 30 s. Nouvelle attaque qui présente les trois périodes.

Première période très marquée. La malade se raidit en faisant entendre une longue plainte. La bouche est grande ouverte, les yeux fermés convulsivement et tout le visage rouge et contracté. Les bras s'élèvent et font le moulinet en passant alternativement devant la figure avant de s'étendre en pronation le long du corps. Le tronc s'incurve en avant et les jambes se fléchissent. Après un court moment d'immobilité tétanique, les mouvements toniques, de plus en plus accentués, agitent tout le corps. Suit la phase de résolution accompagnée d'un stertor peu accusé.

Deuxième période. — 10 h. 18 m. 30 s. « Chemin de fer » avec grands sauts et cris « de sifflet » répétés.

Troisième période. — 10 h. 19 m. 30 s. Attitude de frayeur, son visage respire l'épouvante, elle cherche à fuir. « Ah! non... non... ah! jamais je ne pourrai souffrir ça! » — Puis l'hallucination change. Le visage devient souriant, la tête est tournée à gauche, le regard dirigé en haut, les bras sont étendus dans une sorte d'attitude extatique : « Ah! qu'elle est belle! » dit-elle à mi-voix. — Son regard se dirige à droite et l'hallucination terrible revient : « Oh! oh! jamais, ça n'est pas possible, c'est pas lui, mais non... c'est un autre!... Oh!... j'aurai le dessus. » Elle se tourne et lutte contre son oreiller : « Je suis assez forte... je combattrai... Oh! oh!... » Elle se débat vigoureusement en répétant : « Non, non... » L'expression de la figure est terrible.

10 h. 24 m. 15 s. Math... retombe dans le décubitus dorsal, les yeux tournent en haut et à droite et demeurent convulsés dans cette direction. Une nouvelle attaque commence qui débute par le « chemin de fer ». Cette période se reproduit comme précédemment avec les cris aigus et mêlée d'arcs de cercle.

10 h. 25 m. 15 s. Attitude cataleptique déjà signalée. Puis attitude de terreur : « Va-t'en... ne reste pas devant mes yeux!... Ah!... ça se passera mal... » — Attitude extatique, l'œil fixe en haut, le tronc renversé en arrière, le visage radieux, les deux bras levés.

10 h. 27 m. 30 s. Nouvelle attaque qui débute comme la précédente par le « chemin de fer » entremêlé de sauts, d'arcs de cercle, et de cris aigus répétés.

Suivent les attitudes passionnelles tour à tour terribles ou gaies.

10 h. 36 m. Nouvelle attaque analogue à la précédente.

Période des grands mouvements et contorsions. Grands sauts. Le « chemin de fer » n'est qu'esquissé. Cris « de sifflet ».

La période des attitudes passionnelles commence par l'attitude catalep-

tique déjà signalée. — Puis la malade pousse un ah! d'étonnement : « Tu ne m'attraperas pas... » Elle se débat, veut se sauver. Bientôt elle se calme, la surprise est peinte sur son visage : « Ah! ah!... toutes ces couleurs... c'est noir maintenant, qu'est-ce que c'est que ça?... (cris et rires éclatants), c'est gentil... » Elle se débat de nouveau.

10 h. 40. m. Les paupières sont animées d'un fin clignotement, les yeux se convulsent en haut, cachant la pupille sous la paupière supérieure. C'est le début d'une nouvelle attaque qui présente les trois périodes.

Période épileptoïde.—La face se contracte, la bouche ouverte fait entendre une plainte prolongée. Les yeux sont fermés. Le tronc s'incurve en arrière, et les membres exécutent les grands mouvements toniques déjà décrits. Les convulsions cloniques qui suivent sont plus fortement accentuées que dans l'attaque précédente qui a présenté également une période épileptoïde.

10 h. 41 m. 30 s. *Période des contorsions et des grands mouvements.* — Imitation très complète et très prolongée du « chemin de fer » telle qu'elle a déjà été décrite.

10 h. 43 m. 30 s. *Période des attitudes passionnelles.*—Cette période commence par l'attitude cataleptique déjà signalée. Ensuite attitude de frayeur. Peu à peu l'expression disparaît de la physionomie qui devient impassible, les yeux sont tournés en haut et à droite. Les membres gardent les positions variées qu'on leur communique. Le phénomène de la *suggestion*, qui est un des attributs de l'état cataleptique, et que nous étudierons plus loin, ne paraît pas exister ici. La piqûre sur différents points du corps avec une forte épingle ne modifie en rien l'attitude cataleptique et ne provoque aucun signe de sensation. Les paupières clignent quand on touche la conjonctive. L'introduction d'une petite pointe de papier dans les narines n'occasionne aucun mouvement. Quelques larmes seulement viennent aux yeux. De petites secousses dans les bras et les épaules indiquent le retour d'une nouvelle attaque.

10 h. 55 m. Attaque sans période épileptoïde. La période des contorsions et grands mouvements se borne à l'imitation habituelle du chemin de fer. Elle est ici très développée et dure 2 minutes et demie.

10 h. 57 m. 30 s. La période des attitudes passionnelles débute par l'attitude cataleptique signalée.

Attitude qui exprime la colère et le mépris : « Oh!... ça changera... Alors tu oses faire ça devant moi! Tu ne peux pas aller ailleurs, scélérat. infâme?... Tu ne rougis pas!... Non ça ne se passera pas comme ça... »

11 h. 4 m. Attitude de béatitude. Elle tend les bras, le regard est dirigé en haut, le visage est souriant. Peu à peu l'expression devient indifférente, l'attitude se prolonge et reste purement cataleptique. — Même insensibilité que précédemment aux divers excitants. Les pupilles sont moyennement dilatées, plutôt un peu resserrées.

11 h. 14 m. Nouvelle attaque composée seulement de deux périodes comme la précédente.

11 h. 20 m. Nouvelle attaque, id.

11 h. 25 m. On endort la malade par le chloroforme.

En résumé, chez cette malade la période épileptoïde est très accusée.

La deuxième période est marquée par une forme de grands mouvements tout à fait insolite et qui n'avait pas été observée jusque-là. Et les attitudes passionnelles de la troisième période ont ceci d'irrégulier qu'elles revêtent plusieurs des caractères de l'état cataleptique. Nous reviendrons sur ce dernier point au sujet des variétés de l'attaque.

Observation LXI[1]. — *Hémianesthésie à gauche. — Ovarienne du même côté. — Zone hystérogène mammaire gauche. — Attaques convulsives se rapprochant de l'hystérie vulgaire. — Arc de cercle; grands mouvements; zoopsie. — La période épileptoïde et celles des attitudes passionnelles font défaut. — Attaque de contracture généralisée avec perte de connaissance. — Sensible aux pratiques hypnotiques.*

Ernestine Pil..., dix-sept ans, est entrée le 12 avril 1879 dans le service de M. Charcot, à la Salpêtrière. Orpheline, elle a été élevée chez sa tante, avec sa sœur Louise qui, à cause de sa mauvaise conduite, a été obligée de quitter sa famille. La grand'mère a eu des accès nerveux. Réglée à quatorze ans, notre malade a toujours joui d'une bonne santé; elle est petite, brune, pâle, d'une chétive constitution.

Vers le mois de décembre 1878, elle a rencontré sa sœur chez une autre de ses tantes. L'entrevue aurait été des plus pénibles et l'aurait très vivement impressionnée. De retour au couvent, elle eut, pour la première fois, de petites crises nerveuses. D'abord légères et revenant tous les quinze jours, elles se sont rapprochées et ont augmenté d'intensité, au point qu'au 25 février 1879, ses parents étaient obligés de la reprendre chez eux. Depuis, et jusqu'à son entrée à la Salpêtrière, elle a eu des crises tous les deux jours environ, et presque toujours à heure fixe, sur les sept heures du matin. Elles duraient en moyenne de une heure à deux.

Lorsque nous l'observons au mois de juillet 1879, Ernestine est hémianesthésique à gauche. Elle est ovarienne du même côté et possède une zone hystérogène mammaire gauche (voy. p. 34).

Elle ne ressent les prodromes de son attaque que dans les quelques heures qui précèdent. La douleur existe dans la région ovarienne et dans la région cardiaque, mais elle est beaucoup plus vive dans ce dernier point. Le sommet de la tête devient très douloureux; il existe des battements dans les tempes, des sifflements dans les oreilles, surtout du côté gauche. Elle éprouve aussi à la gorge un sentiment de strangulation, et elle voit pendant quelques instants tous les objets cologés en rouge.

Les attaques d'Ernestine se rapprochent de l'hystérie vulgaire ou petite hystérie; elles sont peu variées et présentent les caractères suivants :

1. Personnelle. Recueillie dans le service de M. Charcot, 1879.

Le début en est marqué par une ondulation très accusée des parois abdominales, en même temps que la respiration se précipite, faisant entendre une expiration bruyante, et que la connaissance se perd. Puis la malade se raidit, et aussitôt commencent l'arc de cercle et de grands sauts accompagnés de cris très perçants. Ces sauts consistent en un soulèvement brusque du bassin qui retombe avec violence sur le lit. A cette agitation succède un moment de calme pendant lequel la malade est rigide comme une barre de fer, et la respiration devient stertoreuse. Vers la fin des séries cette phase stertoreuse avec contracture généralisée se prolonge parfois fort longtemps. Elle peut durer une heure. Réveillée à ce moment de l'attaque, la malade déclare n'avoir aucune conscience de ce qui s'est passé. Si on laisse l'attaque se dérouler, le stertor est suivi parfois d'une phase pendant laquelle la malade a des mouvements de frayeur et laisse échapper des exclamations de crainte et des phases entrecoupées. Elle voit alors de gros rats noirs avec de longues queues et des yeux rouges.

Voici une série d'attaques prise dans tous ses détails :

26 septembre 1879. Ernestine Pil... est en attaques depuis 20 minutes.

10 h. 2 m. L'attaque commence par des ondulations précipitées de l'abdomen, tour à tour soulevé et déprimé. La respiration devient bruyante et se précipite peu à peu. Puis la malade se soulève, exécute trois sauts et pousse deux cris très perçants et prolongés. Enfin elle retombe, le corps courbé en arrière, reposant sur le côté droit et les bras fixés derrière le dos. Une contracture générale l'immobilise dans cette attitude qu'accompagne un ronflement stertoreux.

10 h. 3 m. Nouvelle attaque qui débute comme la précédente par l'ondulation du ventre et la respiration précipitée. Les bras sont raidis dans l'extension et la pronation. Surviennent trois grands sauts. Arc de cercle non maintenu. Puis ronflement stertoreux dans l'attitude de l'arc de cercle avec décubitus latéral droit, les bras derrière le dos, la tête renversée et tournée à droite.

10 h. 4 m. 40 s. Les bras reviennent se placer le long du corps et restent dans l'extension, les jambes sont demi-fléchies. Ondulation du ventre, la respiration se précipite. Quatre grands sauts. Cris perçants dans l'attitude de l'arc de cercle. Stertor dans la même attitude que précédemment.

10 h. 6 m. 30 s. Ondulation du ventre, la respiration se précipite. Le corps est dans l'extension, la tête tourne à gauche, les yeux sont fermés et le visage sans expression.

10 h. 7 m. 20 s. Grands sauts, arc de cercle, cris.

10 h. 7 m. 35 s. Stertor dans la même attitude que précédemment. L'incurvation du corps en arrière est exagérée.

10 h. 9 m. Le stertor cesse, la malade se tourne à gauche, la respiration se précipite, et les parois abdominales sont animées du même mouvement qui marque le début de chaque attaque.

Suivent les grands sauts avec les cris, puis le stertor, qui a lieu toujours dans la même attitude.

Mais la respiration cesse bientôt son ronflement bruyant. La malade ouvre les yeux, regarde à droite, dans son lit ; l'effroi se peint sur son visage. Elle

se retire comme devant une vision effrayante : « Oh j'ai peur. » Elle se cache la tête dans ses bras : « Oh ! j'ai peur... ce rat... »

10 h. 13 m. Ondulation du ventre, la respiration se précipite, la malade se place dans l'extension.

Grands sauts entremêlés de cris aigus. Stertor.

10 h. 15 m. Ondulation du ventre; la respiration se précipite. Sauts, cris aigus. Enfin, stertor toujours dans la même attitude de l'arc de cercle avec décubitus latéral. Tout d'un coup elle se retourne : « Oh ! là » elle se cache la figure : « un rat!... oh ! les rats ! » Elle est ramassée en boule et regarde fixement sur son lit.

10 h. 17 m. La malade se renverse, la tête tourne à droite, tout le corps est dans l'extension. Ondulation du ventre; la respiration se précipite.

Sauts; la malade conserve l'attitude de l'arc de cercle quelques instants, pendant lesquels elle pousse des cris aigus.

10 h. 20 m. Nouvelle attaque exactement semblable à la précédente; mais plus courte.

Stertor dans la même attitude que précédemment.

10 h. 21 m. 30 s. La respiration bruyante se calme peu à peu. Bientôt la tête tourne à droite, et tout le corps également. Ondulation du ventre : respiration précipitée. Sauts et cris. Stertor très court. La malade regarde dans son lit : « Oh ! les queues de rats... oh ! ma tante, les queues de rats ! Oh ! j'ai peur... j''ai peur des queues de rats... » Et elle cherche à fuir.

10 h. 24 m. La tête tourne à droite. Ondulation du ventre; respiration précipitée.

Sauts et cris.

Stertor dans la même attitude qu'aux attaques précédentes.

Ensuite elle se lève : « Oh !... les rats !... les rats qui me mangent les pieds, oh ! ces queues !... »

10 h. 25 m. 30 s. Le délire cesse, la malade paraît calme dans le décubitus dorsal; mais de nouveau la respiration se précipite et le ventre s'agite. Ces mouvements durent plus longtemps que précédemment et se prolongent une demi-minute.

10 h. 26 m. Sauts, cris, stertor; au milieu du stertor les bras sont animés de violentes secousses.

10 h. 28 m. La respiration devient calme, mais la contracture générale persiste. — Ernestine est dans le décubitus dorsal, tout le corps dans l'extension, les bras dans l'adduction se croisent sur la ligne médiane, l'avant-bras en pronation, le point fermé et le poignet fléchi. Les pieds sont en pied bot varus. La tête renversée tourne la face un peu à droite. Les yeux sont fermés, mais se laissent facilement ouvrir et demeurent dans cet état. Les pupilles sont dilatées. — L'attouchement de la conjonctive n'amène aucun mouvement, mais celui de la cornée provoque aussitôt le clignotement.

Ernestine conserve cette attitude plus d'une demi-heure sans faire aucun mouvement et sans que la raideur des membres cesse une minute.

11 h. m. La respiration se précipite, et une nouvelle attaque survient spontanément, semblable à celles que nous avons déjà consignées.

La compression de l'ovaire gauche ramène aussitôt la connaissance et suspend les attaques.

On maintient la compression pendant une demi-heure environ et les attaques ne reparaissent point.

La malade est restée au lit tout le jour et a dormi.

En résumé, nous voyons que chez cette malade la période épileptoïde manque complètement. Les attitudes passionnelles font également défaut. Les phénomènes qui composent ses attaques sont presque exclusivement empruntés aux contorsions, cris et grands mouvements de la deuxième période, et au délire avec zoopsie de la quatrième période.

Nous avons eu occasion d'observer une attaque chez cette malade avant son entrée à la Salpêtrière. On verra que si l'attaque s'est modifiée, ce n'est pas dans le sens que l'imitation aurait pu lui imprimer, car cette malade est dans le même dortoir que Suz... Dub..., Léonore R... et Math..., aux attaques desquelles elle assiste souvent, prêtant parfois son concours aux infirmières qui sont chargées de les maintenir pendant leurs convulsions.

23 mars 1879. La crise commence à 7 heures. Ernestine se cache la tête dans ses couvertures, se tournant de côté et d'autre. La face est rouge, les yeux sont fermés, les paupières se laissent facilement soulever, les pupilles sont très dilatées. — Déjà la malade est insensible à toute excitation extérieure. — Son visage exprime la souffrance, elle pousse de temps à autre de petits cris étouffés. Elle n'est point contracturée, mais ses membres se raidissent par instants.

Insensiblement l'agitation grandit. Bientôt la malade se débat, se roule dans son lit, tire les couvertures, se frappe le visage de ses mains, se cache la face dans les oreillers, porte les mains à son cou, à sa poitrine et principalement à sa tête. Elle enfonce ses doigts dans sa bouche, mais sans se mordre; elle prend les draps et l'oreiller avec les dents, mais sans rien déchirer. Ses jambes se fléchissent et s'étendent brusquement tour à tour. Ses yeux sont tantôt ouverts, tantôt fermés. Le visage se contracte douloureusement, mais sans distorsion des traits. — Elle se plaint continuellement. Ce sont des soupirs et des sanglots étouffés. On y distingue parfois : « Oh ! là, la tête !... »

Tous ces mouvements se succèdent, à peine interrompus par un moment de calme, et malgré leur variété, semblent tous concourir à la même expression, celle d'une personne en proie à une vive douleur ou à de violentes angoisses.

La crise présente le même caractère jusqu'à 7 heures 40 minutes. On remarque à ce moment une sorte de demi-extase. Ernestine sur son séant s'arrête, l'œil fixe, et montre quelque chose avec le doigt. Puis elle se retourne, et l'agitation recommence comme auparavant. Peu à peu l'extase ou plutôt l' « attitude passionnelle » s'accuse davantage. La malade demeure plus longtemps immobile, ses gestes sont plus accusés, on l'entend dire : « C'est elle.. la voilà !... Elle pleure et cherche à échapper à la vision qui l'obsède. Enfin, à huit heures, l'hallucination, qui jusqu'à ce moment ne revenait que par ins-

tants, est toujours présente. L'agitation est fort vive, mais elle a changé de caractère. Ernestine se roule, se cache sous les couvertures, mais pour fuir la vue de l'objet sans cesse présent. Elle appelle sa tante, elle crie : « La voilà ! mets-la donc à la porte, je ne veux plus la voir... cache-moi. » De quelque côté qu'elle tourne ses regards, elle la voit ; elle est sous la table, au mur, à son côté, dans le lit : « Cache-moi... cache-moi ! dis à Hippolyte qu'il la mette à la porte... elle me prend mes boucles d'oreille. »

A 8 h. 45 m. notre malade reconnaît sa tante et les personnes qui sont auprès d'elle, mais c'est pour leur demander secours contre le fantôme qui la poursuit.

Le délire persiste avec le même caractère jusqu'à 9 h. 40 m. Je comprime légèrement les globes oculaires avec quelque persistance en lui fermant les yeux. Elle voit toujours la vision. Puis tout d'un coup : « Elle est partie, » dit-elle. Elle semble alors se réveiller et ne conserve aucun souvenir de tout ce qui s'est passé. Elle ne se souvient même pas d'avoir appelé sa tante à son secours, de lui avoir parlé avec toutes les apparences du retour à la connaissance, au point de nous en avoir imposé.

Ces derniers détails, cette dernière partie de la crise se rapprochent de l'attaque de somnambulisme.

Après avoir repris ses sens, la malade est courbaturée, elle se plaint de souffrir de la tête, principalement de battements dans la tempe gauche et de sifflement dans l'oreille du même côté. Elle souffre aussi beaucoup au creux épigastrique et au ventre, surtout du côté gauche (elle montre la région ovarienne). Pendant la crise, une pression même légère au sommet de la tête, sous les seins ou au ventre, provoquait un redoublement des cris douloureux et de l'agitation.

Observation LXII[1]. — *Hémianesthésie à gauche. — Achromatopsie partielle du même côté. — Ovarie droite. — Zone hystérogène mammaire gauche. — Attaques convulsives composées de phénomènes appartenant à la 2e période. — Attaques de sommeil.*

Del..., dix-neuf ans, entrée le 10 mai 1879 dans le service de M. Charcot à la Salpêtrière, est hémianesthésique à gauche et achromatopsique incomplète du même côté. Elle possède une zone hystérogène au niveau du sein gauche. Quelque temps avant d'avoir ces attaques, elle se plaint du ventre, surtout du côté droit, bien que l'hémianesthésie soit à gauche. C'est une exception à la règle, qui place du même côté du corps l'ovarie et l'hémianesthésie. Elle souffre aussi beaucoup de la tête et a l'humeur noire.

Ses attaques s'écartent du type décrit et seront étudiées avec plus de fruit au chapitre des variétés. Elles ne sont guère composées que de phénomènes appartenant à la deuxième période. En voici un exemple :

1er octobre. Attaques. — On la comprime lorsque nous arrivons.

Les attaques commencent aussitôt qu'on enlève la compression et présentent les caractères suivants :

1. Personnelle. Recueillie dans le service de M. Charcot, 1879.

Tous les membres se raidissent, la tête se renverse en arrière, la face se congestionne, le cou se gonfle. — Le tronc s'incurve en arrière et la malade ébauche un arc de cercle, puis retombe brusquement. Elle se tourne alors de côté et d'autre, et agite les bras, les poings fermés. Elle se contorsionne ainsi pendant quelques instants, et l'on est obligé de la maintenir pour qu'elle ne tombe pas de son lit. Puis elle demeure inerte, la respiration se régularise, les yeux sont toujours fermés, la face sans expression, elle paraît dormir. — On voit encore de temps à autre quelques contractions dans les membres; puis bientôt l'attaque recommence de la façon que nous avons dite.

La compression ovarienne arrête subitement l'attaque.

Elle a en outre des attaques de sommeil qui se prolongent parfois pendant 36 heures, et dont il a été déjà question (Voy. page 254).

Observation LXIII[1]. — *Hémianesthésie gauche. — Ovarie gauche. — Crises hystéro-épileptiques peu développées, mais dans lesquelles il est possible de reconnaître cependant les phénomènes de la 2e, de la 3e et de la 4e période. — Sensible aux pratiques hypnotiques.*

Rose L..., dix-huit ans, est entrée le 4 septembre 1879 dans le service de M. Charcot à la Salpêtrière. Crises hystéro-épileptiques depuis l'année dernière. Elle est hémianesthésique à gauche. Pas d'achromatopsie. Somnambulisme provoqué, catalepsie. Douleur ovarienne gauche. L'*aura hysterica* part de cette région.

Nous n'avons eu que peu d'occasions d'observer les attaques de cette malade qui a quitté le service le 19 novembre 1879.

Voici cependant le récit de crises dont nous avons été témoin :

1er octobre. — Rose L... est en attaque depuis 11 heures moins un quart, nous l'observons à 11 heures 1/4. Les attaques se succèdent pour former une série, et présentent toutes la même physionomie. On peut y distinguer trois phases; nous en notons quelques-unes :

Une attaque est terminée, la malade a repris connaissance, elle demande à boire, et cause avec les personnes qui l'entourent. Son regard devient fixe, elle paraît absorbée, et tout d'un coup :

a). La malade se raidit, la tête tourne à gauche, les yeux sont fermés, la face se congestionne, les dents grincent, la respiration paraît suspendue comme dans le phénomène de l'effort. Aussitôt commence une sorte de lutte, les bras se fléchissent et s'étendent avec force; le tronc s'incurve en arrière, et la malade se met en arc de cercle, prenant un point d'appui sur la nuque et sur les talons; l'arc de cercle n'est pas maintenu, il est répété plusieurs fois de suite; il a lieu également dans le décubitus latéral, et la malade, pendant qu'elle est courbée en arc, repose sur le côté gauche. Au milieu de tous ces mouvements, la malade a une tendance à tourner à gauche, la tête tourne au point que la face se cache dans l'oreiller, et tout le corps suit ce mouvement de torsion. Les diverses positions se succèdent sans interruption,

1. Personnelle. Recueillie dans le service de M. Charcot, 1879.

et comme au prix de beaucoup d'efforts. Il semble qu'en se débattant ainsi, la malade soulève des montagnes; la respiration est difficile, et s'exécute avec bruit. Au milieu de cette lutte pénible, on entend la malade prononcer quelques exclamations et quelques phrases entrecoupées: « Non!... non!... qu'il s'en aille... il faut qu'il parte... » Sur trois attaques successives dont nous avons pris la durée, cette phase a duré deux fois 1 minute et une fois 45 secondes.

b). Puis la malade s'arrête immobile, elle ouvre les yeux démesurément, et son regard conserve une fixité qui persiste tout le temps de cette phase. La physionomie exprime la terreur. Les membres sont plus ou moins raides. La malade conserve cette attitude quelques instants, 20 secondes deux fois, et 30 secondes une fois sur les trois attaques que nous avons notées. Si, pendant cette phase, on provoque le retour de la connaissance par la compression ovarienne, la malade dit qu'elle voit une série de fantômes blancs passer devant elle. Ils sont couverts de linceuls et ont de grands membres décharnés.

c). Tout d'un coup elle semble revenir d'un songe; elle appelle l'infirmière qui la garde habituellement, la supplie de ne pas la quitter. Son regard encore effrayé cherche de côté et d'autre. Elle a repris connaissance; elle reconnaît les personnes qui l'entourent, mais elle est encore obsédée par des hallucinations. Elle voit toujours les fantômes qui passent, mais, de plus, elle est tourmentée par des bêtes de toutes sortes et particulièrement par des poulpes aux grands bras rouges qui s'attachent à ses pieds, et par des serpents de toutes les couleurs. Ces hallucinations durent quelques minutes, puis laissent à la malade un répit de durée variable avant le retour d'une nouvelle attaque.

Il est facile de rattacher au type que nous avons décrit les diverses phases de l'attaque que nous venons de rapporter. La période épileptoïde n'y est pas représentée; mais la première phase avec ses mouvements de lutte, ses efforts, ses contorsions en forme d'arc de cercle, représente bien la *deuxième période* ou *période des grands mouvements et des contorsions*, pendant laquelle nous avons vu quelquefois exister du délire et des hallucinations. La deuxième phase n'est autre chose qu'une *attitude passionnelle* (*troisième période de l'attaque*). Enfin la troisième phase présente tous les caractères de la *quatrième période*, retour incomplet de la connaissance, visions d'animaux, etc.

Observation LXIV[1]. — *Hémianesthésie droite. — Ovarie. — Crises convulsives précédées d'aura et composées d'une phase d'agitation excessive et d'une phase de délire avec hallucinations. Accès de somnambulisme spontané.*

30 novembre 1880. — Pauline D..., seize ans, se présente à la consultation externe du service de M. Charcot.

1. Personnelle, 1880.

A 12 ans, à la suite d'un concours, elle a eu pour la première fois une petite crise de nerf (agacements, envies de pleurer, sensation d'étouffement, etc.), qui s'est répétée deux autres fois à quelques jours d'intervalle.

A 15 ans et demi, la menstruation s'est établie sans douleurs ; les règles sont régulières.

Le 27 septembre dernier, la jeune malade a été prise d'une grande crise convulsive, au cimetière, pendant qu'elle assistait à l'enterrement de sa bisaïeule, morte en deux jours et qu'elle affectionnait particulièrement.

Cette première grande crise a duré une heure et s'est accompagnée de perte de connaissance. Le lendemain nouvelle crise qui s'est prolongée toute la nuit. Depuis cette époque, les crises ont été quotidiennes. Les parents parlent d'un état de mal qui aurait duré quinze jours.

La malade est hémianesthésique droite avec ovarie double plus accentuée à droite. Achromatopsie double partielle. Elle ne distingue pas le violet qu'elle prend pour du gris. Sous l'influence de l'électricité statique, la sensibilité revient presqu'aussitôt dans le côté droit (sans transfert). Les deux yeux recouvrent en même temps la notion du violet.

Force mesurée au dynamomètre (Mathieu) : Main droite = 22 ; Main gauche = 20.

Le sommeil est agité d'ordinaire. Il est rempli de cauchemars. La malade voit des ombres, fait des signes, etc.

ATTAQUES[1]. — Les attaques sont précédées d'un aura très manifeste, marqué par des douleurs de ventre à l'hypogastre et aux régions ovariennes, surtout à droite, par l'ascension de cette douleur un creux épigastrique, par une sensation d'étouffement et de strangulation, enfin par des battements dans les tempes. La malade accuse des tiraillements dans le petit doigt du côté droit seulement.

La perte de connaissance survient et la malade entre dans des convulsions d'une telle violence qu'il faut plusieurs personnes pour la maintenir. A certains moments de la crise, elle revoit des cercueils, des enterrements ; elle fait des gestes, pousse des cris : « Ils vont m'étouffer! retirez vous donc!... » Elle appelle au secours, crie « maman! ». Puis dans une période plus calme, elle se lève, récite des morceaux de l'histoire de France, etc... M. Charcot a été témoin dans son cabinet d'une crise d'attitude passionnelle, sorte d'extase. La malade regardait en haut, levait le doigt, et semblait parler à des êtres invisibles.

Les détails qui précèdent sur les crises ont été donnés par les parents de la malade que nous n'avons pu observer au moment opportun. Elle a une jeune sœur de quatorze ans, qui depuis quinze jours se livre aux mêmes grimaces. Elle récite des morceaux de littérature, elle a des convulsions à peu près semblables, mais moins fortes.

7 décembre. — La malade aujourd'hui est fortement analgésique à droite, et faiblement à gauche. Depuis le 30 novembre, elle n'a pas eu de grandes crises semblables à celles dont nous avons parlé. Mais tous les soirs, un quart

1. Cette jeune malade arrive de province à Paris, où elle est descendue chez une tante et elle n'a jamais été témoin de crises hystériques d'aucune sorte.

d'heure après s'être mise au lit, elle est prise d'un accès de somnambulisme. Elle se lève, s'habille (les yeux sont fermés tout le temps de l'accès), marche, descend les étages, travaille, se livre à des scènes de déclamation, trace la carte du Rhône comme sur un tableau, se figure être à la Salpêtrière, au laboratoire, etc... Au dire des parents, elle aurait révélé, dans cet état, certains faits se passant à distance.

19 janvier. — Visite chez la tante où est descendue la malade à Paris.

Depuis une huitaine de jours les grandes crises ont reparu, mais elles ont changé de caractère. Elles sont vraiment épouvantables et laissent peu de répit à la malade; le somnambulisme en fait presque tous les frais. Nous observons la malade au milieu d'une crise.

Chaque soir vers cinq ou six heures la malade entre en somnambulisme. Elle s'endort, et se livre à des exercices variés pendant lesquels les yeux restent toujours fermés. Elle monte ou descend les escaliers, s'irrite et se laisse aller aux dernières violences si on veut la contrarier, elle vole et cache les objets, elle s'habille en comédienne, récite des vers...; elle parle et répond aux assistants qu'elle déclare voir parfaitement (les yeux sont toujours fermés); elle fait des prédictions; elle a prédit sa mort pour le mois de juin. Il ne reste aucun souvenir de tout cela après la crise.

La phase de somnambulisme dure ainsi une, deux ou même trois heures, puis la malade se couche et s'endort. Mais au bout de peu d'instants elle est prise de violentes convulsions cloniques de tout le corps, du ventre et des muscles de la face. Les secousses du ventre rendent la compression ovarienne très difficile à cause de leur force. Bientôt la malade se plie en deux, s'enfonçant les poings dans le creux de l'estomac, où se fait sentir une grande douleur. Elle pousse des plaintes, se roule, se tortille en proie à une crise douloureuse qui se prolonge parfois plusieurs heures. Elle a à ce moment recouvré connaissance. Mais elle ne peut parler; ses yeux sont fermés convulsivement; elle entend et répond par quelques signes de tête. La compression du ventre et de l'estomac la soulage, mais arrête difficilement la crise. La pression oculaire paraît plus efficace. Quand la crise touche à sa fin, la malade s'étend de nouveau tout de son long sur le dos; tout le corps est animé de secousses convulsives de moins en moins fortes; puis elle pousse de profonds soupirs et ouvre les yeux, la crise est terminée.

La jeune malade est retournée dans son pays et nous l'avons perdue de vue.

Observation LXV[1]. — *Crises de grande hystérie occasionnée par les repas et composées de trois périodes : période de torpeur, période de convulsions, période de délire.*

J'ai eu l'occasion d'examiner vers la fin de juillet 1881, une malade atteinte de grande hystérie, adressée à M. Charcot par le Dr Canton de Saint-Michel.

Les crises offraient ceci de particulier qu'elles succédaient le plus souvent à l'ingestion des aliments. Elles se déroulaient de la façon suivante.

1. Personnelle, 1881.

Pendant le repas, une sensation d'engourdissement envahit peu à peu les membres. A la fin du repas l'engourdissement est général. C'est une sorte d'état comateux profond avec conservation incomplète de la connaissance. La malade éprouve alors de très vives douleurs dans la tête et de violents battements cardiaques ; elle n'a qu'une notion vague et confuse de ce qui se passe autour d'elle. Si on la pince, elle le sent, mais n'a pas le pouvoir de réagir. Aucune excitation ne peut la faire sortir de cet état.

Bientôt surviennent des spasmes violents de tout le corps, et la connaissance se perd complètement. L'agitation est extrême, et les convulsions acquièrent une intensité extraordinaire. Quelquefois morsure des lèvres. Il semble aux gestes et aux contorsions de la malade que de très vives douleurs se fassent sentir tantôt à la tête, tantôt à la poitrine, tantôt au ventre. Enfin, la crise se termine par un délire violent avec idées de suicide.

Ces crises durent plusieurs heures, quelquefois toute une nuit. Elles ne laissent après elles aucune trace dans le souvenir. La compression ovarienne a été essayée sans succès par le Dr Canton.

Dans l'intervalle des crises, cette malade jouit d'une intelligence fort nette. Elle ne possède pas les allures hystériques et désire le plus vivement la guérison. La sensibilité cutanée à la piqûre paraît normale et égale dans deux côtés du corps. Il n'y a pas d'achromatopsie. L'ovarie existe des deux côtés, mais plus intense à droite. Point douloureux au sommet de la tête et à la nuque.

Force dynamométrique : main droite = 40 kilogrammes ; main gauche = 35. Les réflexes rotuliens ne sont pas exagérés.

L'organisme de cette malade était déjà débilité par plusieurs affections antérieures de l'estomac et des bronches, lorsque les premiers accès de grande hystérie ont débuté en 1878. Ils revenaient une ou deux fois par an avec une grande intensité et pendant quinze jours environ. Cette malade, célibataire, âgée de 33 ans, appartient à une excellente famille ; sa conduite a toujours été irréprochable, depuis plusieurs années elle a eu de très vives émotions morales, amenées par la perte de nombreux parents et en dernier lieu par celle d'une jeune homme avec lequel elle était fiancée.

M. Charcot conseilla le traitement par l'électricité statique qui fut appliquée par le Dr R. Vigouroux et amena au bout de quelques mois les meilleurs résultats.

Observation LXVI[1]. *Attaque convulsive. — Début par des pleurs et de l'agitation. — Grands mouvements rythmés des bras et des jambes. — Arc de cercle; hallucinations.*

Angèle H..., neuf ans, se présente à la consultation externe le 29 octobre 1881.

Agée de neuf ans. Boiteuse de la jambe droite. La claudication paraît avoir son origine et son siège dans l'articulation de la hanche, car la fesse est contractée et atrophiée. Pour marcher, elle se hanche du côté droit et l'omoplate droite est manifestement plus saillante que la gauche.

1. Consultation externe. Service de M. Charcot, 1881.

Le grand-père de la malade boitait comme elle. Il est resté un an dans un asile d'aliénés et est mort à la suite d'un accès de délirium tremens.

La grand'mère avait fréquemment des migraines. La tante également.

La mère est atteinte d'hystéro-épilepsie depuis deux ans; a été traitée par l'électricité statique.

La malade est d'un caractère nerveux.

La première attaque a été caractérisée surtout par des mouvements de colère. La malade arracha brusquement son peigne de ses cheveux, le jetta à terre ainsi que l'ouvr age au crochet auquel elle travaillait; cette crise se termina par des pleurs.

Quelques jours après, à la suite d'une contrariété, éclatait de nouvelles attaques, caractérisées ainsi qu'il suit :

La malade commence à pleurer, elle s'agite, crie et cela pendant quelquefois une heure.

Puis surviennent des secousses des bras d'une rapidité extraordinaire autour de la tête, comme si la malade cherchait à chasser quelque chose qui l'importunerait. A ces mouvements des bras se joignent bientôt des secousses semblables dans les jambes qui repoussent les couvertures du lit et battent l'air et le parquet ou le matelas avec rapidité.

Bientôt ces mouvements se généralisent, la malade se roule sur le lit et se place en arc de cercle, les jambes et la tête seules portant. Quelquefois, c'est le ventre qui porte sur le lit, les jambes et la tête étant fortement redressés.

Survient enfin une dernière période dans laquelle la malade marche vers un obstacle imaginaire et frappe les personnes qui veulent la recoucher.

La crise finie, la malade n'en garde aucun souvenir, demande d'où vient le désordre de son lit et s'endort bientôt d'un sommeil paisible.

Il n'existe pas chez cette malade de troubles de la sensibilité, champ visuel normal. Pas de point ovarique.

OBSERVATION LXVII[1]. — *Attaque de grande hystérie.*

D*** quarante-deux ans, se présente à la consultation externe novembre 1881.

A eu un grand chagrin il y a deux ans.

Depuis un an, elle a des crises débutant par des frissons et un gonflement du ventre. Les membres sont agités de secousses convulsives. Vient ensuite une période durant laquelle la malade fait l'arc de cercle. L'attaque se termine par un accès de délire.

Anesthésique gauche.

Douleurs le long de la colonne vertébrale.

Ovarique gauche.

Au début de l'attaque, la malade perçoit des battements dans la tempe gauche : elle a des bourdonnements d'oreilles.

1. Consultation externe à la Salpêtrière. Service de M. Charcot, 1881.

Observation LXVIII[1]. — *Attaques composées des phénomènes de la 2e et de la 4e période. — Ovarie gauche. — Anesthésie irrégulièrement distribuée. — Insuccès du traitement par le bromure de potassium.*

Émilie G..., dix-sept ans, se présente à la consultation externe le 25 février 1882.

Réglée à quinze ans, très irrégulièrement. A l'âge de deux ans, coxalgie à gauche. Il y a deux ans environ, apparition des premiers phénomènes nerveux. Deux attaques avec perte complète de connaissance à six mois d'intervalle l'une de l'autre. La malade ne peut dire si elle a eu à cette époque des mouvements convulsifs. Elle se trouvait alors à Guernesey. Depuis son arrivée à Paris, il y a cinq mois environ, les attaques sont plus nombreuses et plus fortes.

Elles commencent par une vive douleur au niveau de l'ovaire gauche, douleur qui gagne le creux épigastrique, puis la gorge.

Alors surviennent des mouvements cloniques très étendus et très violents avec perte de connaissance.

Enfin, l'attaque se termine par du délire avec incohérence.

En dehors des attaques, ovarie gauche ordinaire s'exagérant souvent et s'accompagnant de douleurs épigastriques avec vomissement. Quelquefois un peu d'ovarie droite.

Actuellement (février 82), plaques disséminées d'analgésie. Sensations très obtuses sur les parties latérales du cou, à la région dorsale de l'avant-bras gauche et à la main gauche.

Anesthésie complète de la langue. Pas d'achromatopsie. Ovarie gauche.

Sensation de froid moins marquée à l'avant-bras et au cou à gauche.

Elle a suivi sans résultat un traitement prolongé et régulier au bromure de potassium.

Observation LXIX[2]. — *Contracture des quatre membres. Grande attaque hystérique complète et régulière.*

C... Éva, dix-sept ans, a eu des convulsions dans l'enfance.

En 1880, sans cause connue, première attaque durant laquelle la malade a crié et s'est débattue. Elle reste deux mois sans nouveaux accidents. Au bout de ce temps, les attaques reviennent. Elles revenaient à peu près tous les deux jours et présentaient les caractères de celles que nous décrirons tout à l'heure.

Trois mois après le début de l'affection, la malade, après avoir eu une attaque, s'est aperçue qu'elle avait une contracture de la jambe droite, contracture qui avait l'aspect du pied bot varus. Quinze jours après, la contracture persistait toujours, et à la suite d'une attaque, la jambe gauche s'est prise à son

1. Consultation externe de la Salpêtrière. Service de M. Charcot, 1882.
2. Recueillie par le Dr G. Ballet dans le service de M. Charcot, 1882.

tour. Deux mois après, les mains se contracturèrent à leur tour et successivement.

État actuel. — (février 82).

Hémianesthésie gauche. Points hystérogènes à la partie inférieure de la région dorsale, au niveau des ovaires, au-dessus et au-dessous des seins.

Contracture des quatre membres.

Attaques. — Les attaques sont caractéristiques.

Première période. — Convulsions toniques dans les quatre membres. Face congestionnée. Yeux convulsés en haut et en dehors : écume aux lèvres, stertor.

Deuxième période. — La malade saute dans son lit, fait des grands mouvements de salutation, puis se met brusquement en arc de cercle et y reste assez longtemps.

Troisième période. — Elle se dresse brusquement sur son lit : sa physionomie exprime toujours l'effroi. Jamais elle ne parle, mais elle reste souvent une minute ou deux dans la même position.

A la suite des attaques, les contractures des membres ont fini par céder, sauf celle d'un des pieds que l'on a fait disparaître en produisant, pendant huit heures, une série de transfert au moyen de gros aimants appliqués en regard de l'articulation tibio-tarsienne.

A diverses reprises, nous avons vu ces contractures se reproduire, mais pour disparaître facilement soit spontanément, soit après l'application des aimants.

Observation LXX[1]. — *Attaques syncopales. — Vertiges. — Crises convulsives avec arc de cercle suivi d'attitudes passionnelles.*

Niv..., 20 ans, se présente à la consultation externe le 4 mars 1882.

Antécédents héréditaires : père et mère de la malade très émotifs. Une cousine de la mère est folle.

A 12 ans, rhumatisme avec péricardite. Depuis, palpitations de cœur.

A 18 ans, modifications du caractère. La malade pleure et rit souvent à propos de rien. De plus, deux ou trois fois par an, elle a des sortes de syncopes durant lesquelles elle devient très pâle, puis reste inconsciente pendant une heure ou deux. Ces absences sont précédées d'une douleur violente à épigastre. En dehors de ces accidents, elle a parfois des vertiges pendant lesquels elle perd connaissance et tombe. Ils sont précédés de sifflements d'oreilles. La malade, durant ces crises, ne se mord pas la langue.

En novembre 81, première attaque.

Aura. — Sensation de boule hypogastrique remontant à l'estomac et venant l'étouffer à la gorge.

Les attaques sont surtout caractérisées par de grands cris, des pleurs, puis la malade se met en arc de cercle ; mais la période la plus nettement marquée

1. Consultation externe de la Salpêtrière. Service de M. Charcot, 1882.

est celle des attitudes passionnelles durant laquelle la malade prend des poses terrifiées et montre à son père des fantômes effrayants.

En novembre et décembre, elle avait des attaques presque chaque jour. Depuis le mois de janvier elle en a à peu près deux par semaine.

Actuellement, mars 82, on la soumet au traitement électrique. La malade est hémianesthésique gauche et l'électricité statique produit le transfert.

Pas d'achromatopsie.

24 octobre 82, analgésie gauche. On perd la malade de vue.

Observation LXXI[1]. — *Accidents hystériques variés chez un jeune garçon de quatorze ans. — Chorée rhythmique. — Grandes attaques convulsives ainsi composées : Phase de mouvements rhythmés remarquables par leur variété ; période de délire qui revêt quelques-uns des caractères du somnambulisme.*

Albert P..., quatorze ans et demi, se présente à la consultation externe au mois de juin 1881.

Il a un frère de douze ans qui se porte bien. Mère nerveuse. Strabisme interne de l'œil gauche à la suite d'une conjonctivite purulente. Les paupières de l'œil, autrefois malade, ne laissant entre elles qu'un léger intervalle du côté interne, forçaient le malade à regarder par cette petite ouverture.

A sept ans, chute d'un premier étage : perte de connaissance qui a duré deux jours. A la suite, chorée qui a duré six mois. Cette chorée paraît ne pas avoir été une chorée vulgaire. Le père la décrit ainsi. Les grimaces avec projection de la langue n'existent pas. Les membres surtout sont affectés. Il y a d'abord trois à cinq mouvements de la jambe droite, puis de la gauche, enfin des bras. Le nombre des secousses peut aller jusqu'à sept et tous ces mouvements se succèdent dans chaque membre.

A l'âge de dix ans, douleur dans le côté gauche. Cette plaque douloureuse ne paraît pas avoir été une dermalgie, il fallait une pression assez forte pour la provoquer. Elle était aussi spontanée. Cette douleur existe encore aujourd'hui.

Les attaques de chorée venaient par accès qui duraient de une demi-heure à trois quarts d'heure : les yeux étaient fermés pendant l'accès (les mouvements de palpitation des paupières n'ont pas été remarqués). Pendant ces attaques, le malade avait le délire, semblait interroger quelqu'un, attendait la réponse et y répondait en consentant ou en niant.

Cette chorée a duré six mois. Les accès revenaient chaque jour et plusieurs fois par jour, jamais la nuit. Les trois premiers mois, il semble y avoir eu une parésie des membres inférieurs qui empêcha le malade de se tenir debout. Très raisonnable dans l'intervalle des crises, le malade ne se rappelle pas ce qu'il a fait pendant ses accès.

Depuis cette époque, les accès de chorée ont reparu à des intervalles de plusieurs mois. En même temps ils se sont un peu modifiés. Il s'y est adjoint

1. Consultation externe de la Salpêtrière. Service de M. Charcot.

un certain nombre de phénomènes qui en précisent la signification en les rapprochant davantage de la grande attaque hystérique.

Dernièrement les grandes crises de chorée sont demeurées onze mois sans reparaître, mais il a eu de temps à autre de petites crises de mouvements plus ou moins rhythmés.

Aujourd'hui les grandes crises offrent les caractères suivants :

Elles semblent être périodiques et reviennent le matin et le soir vers huit ou neuf heures. Elles sont annoncées par la vue de couleurs brillantes (blanc, noir, rouge, bleu). Ces couleurs arrivent sous forme de petites boules de feu d'artifice. Quand le malade voit le bleu, il sent une petite douleur à son point hystérogène et perd connaissance après avoir perçu des bruits dans les oreilles et des battements dans la tempe gauche. Il tombe ensuite et exécute une série de mouvements rhythmés plus ou moins violents. Ces mouvements ont un caractère varié ; ils figurent la marche sur place ou le saut. Parfois ils reproduisent les mouvements acrobatiques que l'enfant a pu remarquer dans les cirques. Parfois ce sont tout simplement des mouvements alternatifs de flexion et d'extension des bras ou des jambes.

Un jour, il s'est acharné à taper avec les pieds sur un comptoir qu'il a démoli. Il se renverse ensuite en arrière dans un espèce de crucifiement, les membres raidis, puis reprend tout à coup sa position normale et recommence ses mouvements rhythmés du tronc et des membres.

Il entre alors dans une troisième période durant laquelle il raconte des histoires ou bien se lève, va chercher une plume, la met dans un porte-plume et écrit des choses très singulières. (Il a fait ainsi la demande en mariage d'une demoiselle qu'il connaît.) Il tient des discours dont le sujet est tour à tour triste ou gai et le plus souvent puisé dans les divers événements de son existence. Une fois il s'écrie sur un ton pathétique : « Adieu, père, mère, adieu, je dois mourir ». Il fait ses derniers apprêts et simule la mort. Cette scène lugubre est aussitôt suivie d'une autre d'un genre différent.

Pendant tout le temps de la crise, les yeux sont fermés, et le malade demeure complètement insensible aux excitations extérieures. Il se dirige très bien pour aller où il veut. Si une personne s'approche de lui pendant sa période ambulatoire, il la tâte, la sent pour la reconnaître, puis la repousse à coups de poings si c'est un étranger. Si on lui montre ce qu'il a écrit durant sa crise (la demande en mariage par exemple), il nie avoir écrit quoi que ce soit.

En résumé, donc, le malade sent venir son accès, s'endort, tombe les yeux fermés. Vient ensuite la période des grands mouvements, puis le crucifiement, les membres raides et enfin une troisième période de délire et de somnambulisme.

Dans ses moments lucides, il parle volontiers de mariage, du bonheur du mariage. L'autre jour, il a avoué à son père que chaque fois qu'il passe devant une charmante caissière d'un bureau de tabac, elle lui fait un certain effet.

Dans l'intervalle des accès, le malade apprend bien, est intelligent. Les organes génitaux sont à leur place, très développés. Pas de mauvaises habitudes. Durant cette année, le malade a grandi de $0^m,04$ à $0^m,05$.

Hyperesthésie généralisée, mais plus prononcée à gauche. Beaucoup plus sensible au froid à gauche qu'à droite.

Traitement. — Bromure de potassium 5 grammes par jour. Hydrothérapie dès le début de la maladie.

Le malade est hypnotisable par la pression sur les globes oculaires. Il reste immobile, les yeux fermés. Pendant ce sommeil, il n'est pas lucide. Si on le pousse, il marche, mais butte sur tout ce qui se trouve devant lui. Le sommeil dure de 10 à 15 minutes.

OBSERVATION LXXII[1]. — *Jeune garçon. — Hémianalgésie. — Crises composées d'une période tétanique, de mouvements cloniques et d'une phase avec attitudes passionnelles, délire et hallucinations. — Crises revenant par série. — Mouvements choréiformes. — Accès de catalepsie.*

Henri H..., dix-sept ans, se présente à la consultation externe le 5 mars 1880. Jusqu'à l'âge de treize ans, est resté faible et chétif, de taille non en rapport avec son âge. A cette époque, il a commencé à grandir, et avec cette croissance, on a remarqué un affaiblissement général de l'anorexie et des épistaxis abondantes. Enfin, les crises ont commencé.

Elles sont précédées de prodromes consistant en fourmillements dans les deux mains.

Elles se caractérisent par le brusque renversement en arrière, accompagné de cris et de tétanisme généralisé, puis se montrent des secousses cloniques dans tous les membres : enfin apparaît une période durant laquelle ces mouvements sont remplacés par des attitudes dans lesquelles le malade semble avoir peur et la crise se termine par du délire avec hallucinations.

Au sortir de cet état, le malade ne conserve des hallucinations qu'un souvenir vague.

Ces crises ne duraient que de cinq à six minutes, séparées par des intervalles durant lesquels le malade était plongé dans un état comateux. A cette époque on remarque successivement l'analgésie du côté gauche, puis celle du côté droit. Bientôt apparurent les mouvements choréiformes dont l'exacerbation se produisit à diverses reprises.

Il aurait eu également des crises de catalepsie, ainsi que le témoigne le rapport du médecin qu'il apporte avec lui.

« J'ai vu le nommé H... pour la première fois le 12 août 1879. Il était immobile sur une chaise, ne répondant pas aux questions, ne s'intéressant à rien, ne mangeant pas et dormant peu.

Le 17 on m'appelle de bonne heure, il venait d'être pris d'accidents, dont le plus curieux était un état cataleptique ; ses membres restaient dans la position où on les plaçait. Il y avait une contracture générale, une insensibilité complète, cet état dura environ cinq heures.

Environ huit jours après, il fut repris d'accidents plus graves et plus prolongés ; son corps était animé de mouvements choréiformes tellement violents qu'il fallait le maintenir dans le lit. Il était sans connaissance ; et jour et nuit, pendant cinq à six jours, il ne cessa de s'agiter d'une façon saccadée, mais en faisant de grands gestes. Il y avait incontinence d'urine et de matières fécales. Cet état fit peu à peu place à un état d'hébétude avec des mouvements choréiformes qui diminuent de jour en jour. »

Le malade était d'un caractère bizarre, volontaire.

1. Consultation externe de la Salpêtrière. Service de M. Charcot, 1880.

On lui prescrit alors du bromure de potassium.

État actuel. — L'exacerbation de ces mouvements involontaires amènent le malade à la consultation. La faiblesse physique a diminué en raison inverse de l'augmentation des mouvements : céphalalgie continue exagérée par les moindres bruits. Mouvements choréiformes de tous les membres très sensiblement marqués.

Organes génitaux normaux mais très développés.

Sensibilité. — Faible analgésie gauche.

Force dynamométrique : 40 kilog. à droite ; 30 kilog. à gauche.

Réflexes. — Peu exagérés (Le traitement n'a pas été consigné ici).

Quatre mois après, le malade revient avec une amélioration sensible.

Réflexes tendineux très faibles. Hydrothérapie.

Un mois après, amélioration, diminution des mouvements choréiformes.

Onze mois après le malade revient. Plus d'attaques : affaiblissement de la vue revenant après chaque repas et durant une heure.

Rien au cœur.

OBSERVATION LXXIII[1]. — *Hémianesthésie gauche. — Ovarie du même côté. Grandes attaques hystériques complètes et régulières. — Myalgie.*

Bl..., vingt et un ans. Le père de la malade est bien portant, mais son grand, père est épileptique. La malade a toujours été très nerveuse étant jeune. Le père ne peut préciser l'époque à laquelle remontent les attaques ; d'après les renseignements fournis par la malade, la première attaque serait survenue à l'occasion d'une discussion de famille. La malade est hémianesthésique gauche, elle a de l'ovarie du même côté.

Attaques aura. — Exaspération de la douleur ovarienne, sensation d'une boule remontant de l'épigastre au cou. — Obnubilation de la vue et de l'ouïe. Bourdonnements d'oreilles. — Battements dans les tempes.

1re *période.* — C'est celle qui prédomine de beaucoup en durée et en intensité.

La malade écume et se mord même quelquefois la langue jusqu'au sang. La tête est fléchie sur le côté gauche, les yeux convulsés en haut et en dehors, les quatre membres d'abord tétanisés, puis agités de secousses cloniques.

2e *période.* — Les grands mouvements sont très étendus : la malade saute sur son lit en poussant des cris extrêmement stridents, puis elle se met brusquement en arc de cercle et reste ainsi quelques instants.

3e *période.* — La phase des attitudes passionnelles est la plus courte, la malade prend le plus souvent des poses exprimant l'effroi ou la colère.

Entre cette période et la dernière, il existe un intervalle de repos durant lequel la malade est dans la résolution mais sans connaissance.

4e *période.* — Cette phase se prolonge très longtemps. Le délire persiste

1. Recueillie par M. le Dr G. Ballet dans le service de M. Charcot, 1882.

encore bien longtemps après que les convulsions ont cessé. Elle cherche autour d'elle avec ses mains des objets imaginaires : elle appelle sa mère, pleure et ne répond pas aux questions qu'on lui pose.

Août 82. — Le goût, l'odorat, l'ouïe, complétement abolis à gauche, sont très atténués à droite. La malade qui, à gauche, est achromatopsique sauf pour le rouge, n'a perdu que le violet à droite. Il y a tendance, on le voit, à la généralisation de l'anesthésie.

Octobre 82. — Myalgie intercostale gauche, puis apparition de douleur au niveau des muscles du mollet (pas de fièvre). Ces douleurs sont excessivement vives. Il suffit de presser légèrement les muscles pour faire pousser des cris à la malade. Les jointures ne sont ni gonflées ni douloureuses. Le biceps gauche est également douloureux. Les muscles au niveau desquels la pression est pénible sont *durs*, comme s'ils étaient sclérosés.

La peau qui recouvre le biceps présente une coloration rosée qui rappelle celle des traînées lymphangitiques.

Ces symptômes ont persisté avec des alternatives d'aggravation et d'amélioration pendant près de deux mois, du commencement d'octobre au commencement de décembre.

Depuis les premiers jours de janvier 1883, Bl... va bien, elle n'a plus d'ovarie, et n'est plus hémianesthésique. En apparence elle est guérie.

Observation LXXIV[1]. — *Grande attaque hystérique complète et régulière. Contracture consécutive à l'attaque.*

C..., dix-sept ans, s'est présentée à la consultation externe le 17 mars 1882.

La malade présente des antécédents nerveux héréditaires. Son père qui était alcoolique, s'est empoisonné. La mère qui était très nerveuse, est morte de chagrin quelques mois après.

Elle-même a eu beaucoup de contrariétés dans ces dernières années.

Ses attaques ont débuté à l'âge de treize ans. Depuis l'âge de sept ans, elle se plaignait d'une douleur à la région ovarique gauche.

Dans ses premières attaques, elle se mordait la langue, l'écume lui venait aux lèvres : elle perdait connaissance.

Venait ensuite une phase de grands mouvements suivie bientôt d'une période hallucinatoire qui était de beaucoup la plus caractéristique.

La malade appelait des enfants qu'elle soignait dans la journée « Bébé! Bébé! Prends-garde aux couteaux : retire-toi! Essuyez tout ce sang. Oh, les araignées! Vite, vite, voilà encore les assassins! » Puis, elle prenait une attitude défensive et restait ainsi quelque temps les yeux fixes.

A cette époque, il n'y avait pas grand trouble de la sensibilité. Aujourd'hui un peu d'hyperesthésie à gauche. Rétrécissement notable du champ visuel de ce côté. Pas d'achromatopsie (17 mars 82).

Le 26 mars, la malade étant entrée dans le service, nous l'examinons et nous notons ce qui suit.

1. Recueillie par le Dr G. Ballet dans le service de M. Charcot, 1882.

Hémianesthésie gauche complète. Il existe cependant une plaque de sensibilité large comme une pièce de cinq francs au niveau du cou. Rétrécissement considérable du champ visuel de ce côté.

Achromatopsie du côté gauche.

Les attaques ne sont guère modifiées. Nous assistons à l'une d'elles.

La malade sent venir l'attaque.

Elle a la sensation d'une boule qui, partant de l'ovaire gauche, remonte à l'épigastre, puis au cou, où elle produit un sentiment de constriction.

A ce moment, les paupières se mettent à battre, les yeux se convulsent en haut et la période des grands mouvements commence.

La malade saute sur son lit à quinze ou vingt reprises en poussant des cris aigus, puis tout à coup se met en arc de cercle et reste ainsi trente à trente cinq secondes : elle retombe ensuite et entre dans une période hallucinatoire caractérisée comme nous l'avons dit plus haut. Elle a ainsi 25 à 30 attaques chaque fois.

Durant ces attaques, la pression de l'ovaire gauche reste sans effet. Mais si on comprime simultanément l'ovaire et le sein gauche, on suspend l'attaque aussi longtemps qu'on maintient cette double compression.

La pression du point situé sous le sein gauche détermine l'attaque.

Après ses attaques la malade présente très souvent une contracture à l'un ou l'autre pied, contracture que l'on a toujours pu faire disparaître au moyen de l'application d'aimants. Après un certain nombre de transfert, les deux pieds redevenaient libres. A ce propos, nous avons fait les remarques suivantes :

1° Nous faisons apparaître la contracture à volonté du côté opposé à l'application de l'aimant, et le siège de la contracture transférée, en vertu d'une sorte de loi physiologique préétablie, dépend non du siège de la contracture primitive, mais du côté où l'on applique l'aimant.

2° Nous constatons que l'on peut observer le transfert à la face comme aux membres.

La malade est soumise aux douches et au traitement par l'électricité statique.

Bientôt, la sensibilité revient d'une façon définitive, l'achromatopsie disparaît, les attaques s'éloignent pour disparaître à leur tour, les points douloureux n'existent plus, et au mois de septembre la malade quitte la Salpêtrière complètement guérie.

Observation LXXV [1]. — *Attaques convulsives. Crises de délire. Influence d'une vive émotion sur l'adjonction d'une phase délirante aux crises d'abord uniquement convulsives.*

R..., treize ans. Entrée le 3 janvier 1883, service de M. Charcot, salle Duchenne (de Boulogne).

Fille de père et mère nerveux, cette jeune malade se plaint depuis six mois de douleurs « dans le ventre » et a des attaques qu'on dit être des attaques

1. Dr G. Ballet. Service de M. Charcot, 1883.

de « folie ». La mère en effet nous raconte ce qui suit au sujet des attaques en question. Ces attaques se sont montrées, il y a six mois; la malade en avait eu déjà plusieurs, lorsqu'elle fut un jour effrayée par la vue d'un chien. Depuis ce moment serait survenue une modification dans la physionomie des attaques, qui auraient été dès lors accompagnées de cris et d'hallucinations. Ces attaques reviendraient avec une certaine périodicité vers dix heures du soir. Depuis quelque temps elles revêtiraient la forme de véritables attaques de folie. A différentes reprises la malade se serait armée d'un couteau et aurait cherché à blesser les personnes qui l'entouraient.

État actuel. Janvier 1883. — L'examen de la malade nous démontre ce qui suit : 1° Il existe un point douloureux, le point ovarique gauche; 2° il n'y a pas d'hémianesthésie proprement dite, mais on constate que le froid est moins bien senti du côté gauche que du côté droit; 3° la sensibilité spéciale est affectée légèrement et d'une façon assez irrégulière : l'ouïe est très diminuée des deux côtés; il existe un rétrécissement du champ visuel prononcé surtout à droite.

Depuis son entrée à l'hôpital la malade a eu plusieurs attaques et voici comment celles-ci se caractérisent.

L'aura consiste dans une sensation de pesanteur au niveau du creux épigastrique qui va remontant vers le cou (boule hystérique), en même temps il y a des battements dans les deux tempes.

Puis la malade se raidit, mais cette phase épileptoïde est de courte durée et inconstante.

La phase des contorsions succède à la précédente. Elle est assez prolongée, consiste dans des mouvements irréguliers; la malade mord son traversin, déchire ses draps. Elle ne se met pas en arc de cercle, ni dans la situation du crucifiement.

Après les contorsions apparaît le délire. La malade voit un chien qui veut la mordre. Elle crie « maman j'ai peur; chassez-le, chassez-le! » en même temps elle dissimule sa tête sous ses oreillers, comme pour échapper au chien qui l'effraye.

Depuis que la malade est dans le service nous n'avons pas constaté ce délire d'action dont la mère nous avait parlé; mais cela tient vraisemblablement à ce que la malade est retenue par la camisole, et n'a pas sous la main les objets, couteaux et autres, dont elle paraît s'être servi chez elle pour dramatiser son délire.

Les attaques, chez cette malade, ont toujours été isolées; nous ne les avons jamais vu survenir en série.

Observation LXXVI [1]. — *Attaques de grande hystérie. Prédominance de la phase épileptoïde.*

X..., jeune russe de dix-sept ans. Habite Moscou, se présente à la consultation externe.

Comme antécédents, X... présente des habitudes singulières que le méde-

1. Consultation externe de la Salpêtrière. Service de M. Charcot.

cin à révélées. Il a un caractère très exalté, fait des vers, lit des romans, aime beaucoup la musique, bien qu'il se destine à l'école militaire.

Il a eu sa première attaque le 20 octobre 1880. Il habitait alors au gymnase Réal. Depuis 1875 il avait des battements de cœur : pas de rhumatisme. Pas d'antécédents nerveux dans la famille, si ce n'est un oncle mélancolique. Aucun vice des organes génitaux chez ce jeune homme. Anémie.

L'accès le prend quelquefois subitement. Le plus souvent, une heure avant d'avoir son attaque, il devient triste, de sorte qu'il peut en indiquer le moment précis : il a, en même temps, une douleur à la région précordiale, point différent d'un autre dont nous parlerons tout à l'heure : sensation de deux boules montant et descendant. Battement dans la tempe droite.

C'est le plus souvent vers cinq heures de l'après-midi qu'il a ses attaques : elles sont plus fréquentes le jour que la nuit.

Elle reviennent très irrégulièrement. Il peut en avoir trois coup sur coup et il reste quelquefois huit jours sans en avoir. Il ne se mord pas la langue, ne laisse pas échapper ses urines.

Prévenu par son battement de cœur, sa mélancolie, il va se coucher, lève le bras droit, le poing fermé et fait plusieurs tours suivant un mouvement de manivelle. Sitôt que le bras se lève, il perd connaissance, de sorte qu'il ne se rappelle rien de ce qui se passe ensuite. La tête est animée de mouvements de torsion à droite. Les yeux sont ouverts et fixes. Les mouvements de la tête et du bras durent peu. Bientôt les membres supérieurs s'affaissent le long du corps, le malade se met en opisthotonos, cela dure 3 à 4 minutes et un tremblement, comme s'il avait un frisson, finit l'attaque.

Rarement il se lève; quelquefois avant, quelquefois après son mouvement d'opisthotonos, il marche les yeux ouverts et fixes. Quand on lui ferme les yeux il semble se calmer.

Une fois, il a vu sa mère morte.

Durant une de ses attaques, il s'est écrié. « J'ai peur ! » en se levant. Une autre fois, quelques jours avant son départ, il a vu un monsieur qu'il a pris pour M. Charcot. A Paris, il ne l'a pas reconnu.

A la fin de ses attaques, il pleure, demande à boire, baille.

Les grandes attaques durent de 20 à 25 minutes. Les attaques légères de 10 à 15. Il peut avoir des séries durant de une heure et demie à deux heures.

Diminution légère de la sensibilité dans tout le côté gauche.

Pas d'achromatopsie.

Il existe une zone d'hyperesthésie le long du dernier cartilage costal gauche, partant de l'appendice xyphoïde et allant jusqu'à la partie latérale du tronc. La pression sur ce point provoque une attaque. La fixation de la lumière de la lampe au magnétisme produit le même résultat.

Réflexes tendineux exagérés aux genoux et aux poignets. Retard appréciable aux genoux. Légère trépidation par le relèvement de la pointe du pied.

Souffle cardiaque au premier temps et à la base.

Description d'une attaque (provoquée par la pression du point hystérogène).

La respiration s'accélère, le malade se renverse en arrière contre sa chaise, s'agite, puis se penche en avant, les yeux ouverts et fixes. Bientôt le bras se raidit : le poing fermé décrit un ou deux arcs de cercle, puis retombe le long du corps. La tête se tourne à droite, les bras et les jambes sont allongés, raides. Opisthotonos. L'attaque finit par un tremblement généralisé, très fort :

le malade demande à boire, baille, a des pandiculations, dit qu'il a froid. L'attaque entière dure 2 à 3 minutes.

Une autre attaque a été plus légère. Il se renverse en arrière, ne se penche pas en avant : le bras décrit le même mouvement : l'arc de cercle dorsal fait défaut et la terminaison de l'attaque a lieu de la même manière.

Le malade a été revu par M. Charcot, lors de son voyage à Moscou.

Observation LXXVII [1]. — *Crises hystériques remarquables par le gonflement exagéré du cou.*

H..., vingt-huit ans. Très nerveuse dès la première enfance, on ne saurait préciser exactement l'époque à laquelle remontent les premières attaques et les symptômes d'hystérie confirmée. — A eu la chorée il y a quatre ans.

État actuel. — La sensibilité tactile est à peu près complètement abolie. La malade est de plus analgésique totale.

Le goût est complètement aboli : L'ouïe abolie à gauche est assez atténuée à droite. La malade est achromatopsique sauf pour le rouge, qu'elle distingue encore. L'odorat est complètement aboli.

La malade a vers le milieu du rachis un point extrêmement douloureux dont la pression détermine des attaques ainsi caractérisées.

La période épileptoïde manque complètement, et la malade entre d'emblée dans la phase des grands mouvements.

Cette phase est caractéristique. La malade s'arc-boute sur la tête et les coudes d'une part sur les pieds d'autre part, puis se détendant comme un ressort, elle s'enlève de son lit à une hauteur assez grande en poussant un cri perçant. A peine retombée, la même manœuvre recommence et cela quinze ou vingt fois de suite.

Entre cette période et la suivante existe un intervalle assez long pendant lequel la malade fait des efforts expiratoires convulsifs, bave. On constate alors un gonflement énorme du cou avec saillie des veines et tuméfaction du visage.

Dans une deuxième période qui serait la troisième si les attaques étaient classiques, la malade reste immobile, le buste renversé en arrière, les yeux hagards, les bras relevés devant la figure comme pour la protéger : puis elle profère quelques menaces, pousse des cris de terreur, profère des injures « coch... non tu ne l'as pas dit » et brusquement, sans transition aucune, repasse à la période des grands mouvements.

La compression de l'un ou de l'autre des ovaires ou du point hystérogène dont nous avons parlé plus haut arrête l'attaque.

Observation LXXVIII [2]. — *Crises de petite hystérie.*

M... Emilie, dix-neuf ans. La mère et une sœur de la malade sont très nerveuses. Elle-même a eu des convulsions jusqu'à sept ans.

Début à douze ans. Dans la première crise, la malade s'est à peine débattue; depuis deux ans, les attaques ont été beaucoup plus fortes.

1. Recueillie par le Dr G. Ballet dans le service de M. Charcot, 1882.
2. Recueillie par le Dr G. Ballet dans le service de M. Charcot, 1882.

État actuel (Janvier 82). — Pas de points douloureux; diminution générale plus prononcée à droite des divers modes de la sensibilité. A droite, la sensibilité au froid est moins bien perçue qu'à gauche. Pas d'achromatopsie. Odorat aboli à gauche. L'ouïe est à peu près normale.

Le 1er février, en examinant la sensibilité, on constate une large plaque d'anesthésie occupant tout le côté droit de la tête, du cou, des épaules, descendant jusque dans le sein droit et s'étendant au niveau du deltoïde droit.

Le même jour, la malade ayant été contrariée, a eu une attaque qui a revêtu les caractères des attaques de petite hystérie. La malade qui était couchée est restée deux ou trois minutes l'œil hagard, ne répondant plus aux questions qu'on lui posait, puis, tout à coup, s'est retournée dans son lit plusieurs fois, criant : « maman! maman! » à plusieurs reprises. Pas de période épileptoïde, pas de grands mouvements, pas d'arc de cercle, pas d'attitudes passionnelles.

L'attaque a été arrêtée par la compression de l'ovaire gauche.

27 avril 82. — Sous l'influence de l'électricité statique et de l'hydrothérapie, la sensibilité est à peu près revenue. Les attaques se sont éloignées, et aujourd'hui la malade quitte l'hôpital.

Il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que cette jeune malade était journellement en contact avec des compagnes dont nous avons rapporté les grandes attaques convulsives composées des quatre périodes classiques. Malgré ce voisinage, ses crises ont conservé le caractère rudimentaire qu'elles avaient à son entrée.

Observation LXXIX[1]. — *Crises de douleurs frontales précédées des phénomènes habituels de l'aura de la grande attaque hystérique.*

Did..., trente ans, se présente à la consultation externe le 24 février 81.

Bonne santé habituelle jusqu'à l'âge de vingt-trois sans, sauf quelques migraines. A cette époque, accidents inflammatoires de l'œil droit avec spasme de la paupière.

En 1874, violente douleur sus-orbitaire et temporale qui n'a pas cessé depuis lors. On a pratiqué la résection des nerfs sus-orbitaires, à droite puis à gauche, où la douleur s'était transportée. Ces deux opérations sont restées sans résultat durable. La morphine seule amène une légère sédation. Cautérisations du col utérin (il y avait un léger degré d'anteversion) et de la région lombaire restées sans effets.

Actuellement (24 février 81), névralgie sus-orbitaire avec blépharospasme. Douleur ovarienne gauche. Hémianesthésie gauche. Achromatopsie droite.

Hyperesthésie du rachis.

Les douleurs névralgiques reviennent par crise et chaque crise est précédée

1. Consultation externe de la Salpêtrière. Service de M. Charcot, 1881.

d'une aura ainsi constituée : exaspération de la douleur du flanc gauche; puis sensation de boule remontant à l'estomac, puis à la gorge où elle produit une constriction; palpitations de cœur, sifflements d'oreilles, battements dans les tempes, et enfin début des douleurs névralgiques.

Les crises reviennent trois à quatre fois par semaine : pendant l'accès, on constate une teinte bistrée très marquée sous les yeux.

L'électricité statique produit le transfert de la sensibilité, mais laisse persister les douleurs.

Le 4 juin, l'état est toujours le même. La malade a pris de l'hyosciamine. Trois fois par semaine, applications de glace sur la région ovarienne gauche. Elle prend chaque jour de 2 à 3 centigr. de morphine en injection.

Ces traitements restant sans résultats, le traitement électrique suivant est institué par M. le docteur R. Vigouroux.

1° Galvanisation de la région ovarienne (anode), le cathode étant sur la région lombaire.

2° Faradisation du sympathique cervical gauche, un tampon sur la carotide, l'autre sur le sternum.

3° Faradisation de la région cervicale.

4° Si la sensation de dégagement de l'œil et de la tête n'est pas complète, on ajoute la faradisation bi-temporale.

Ce procédé coupe invariablement la crise si prononcée qu'elle soit. La morphine est supprimée.

11 octobre 81. La malade est complètement guérie.

Observation LXXX[1]. — *Hémianesthésie. — Attaques de sommeil. — Crises convulsives.*

Cécile Fr..., seize ans, entrée à la Salpêtrière, service de M. Charcot, salle Duchenne (de Boulogne), le 16 janvier 1882.

La mère de cette jeune personne est très nerveuse sans avoir jamais eu d'attaques. — Un oncle et un cousin germain *se sont suicidés.*

Réglée à l'âge de onze ans, Cécile F... a joui jusqu'à la fin de 1882 d'une assez bonne santé. La première crise nerveuse aurait eu lieu, il y a trois mois; depuis cette époque, la malade n'en aurait eu que deux autres.

État actuel. Janvier 1882. — 1° Il n'y a ni points douloureux, ni points hystérogènes; 2° Il existe une hémianesthésie droite, complète pour la sensibilité générale; incomplète, mais très prononcée néanmoins pour les sens spéciaux. En effet, l'ouïe, l'odorat, le goût sont presque abolis de ce côté, il n'y a pas d'achromatopsie, mais un rétrécissement prononcé du champ visuel; 3° A gauche la sensibilité générale et spéciale sont non pas abolies, mais un peu diminuées.

Attaques. — La malade a eu avant son entrée à l'hôpital deux *attaques de sommeil.* La première a duré 24 heures; la seconde a duré 3 jours. Nous

1. Recueillie par le Dr G. Ballet dans le service de M. Charcot.

ne pouvons avoir d'autres renseignements sur les caractères de ce sommeil.

Depuis son admission à la Salpêtrière, ces attaques de sommeil ne se sont pas reproduites, mais deux fois, *la nuit*, la malade a été prise de crises convulsives : elle se serait raidie et débattue.

Observation LXXXI[1]. — *Attaques de sommeil précédées d'aura. Rigidité des membres.*

D... Mathilde, dix-sept ans, pas d'antécédents héréditaires ni personnels ; début de l'affection en novembre 1880 au milieu d'une santé parfaite.

Un jour, au milieu de son travail, la malade tombe sans se débattre et reste deux jours endormie. Depuis, elle avait une attaque de sommeil à peu près tous les jours. L'attaque était précédée d'une sensation d'étouffement au creux épigastrique et de sifflement dans l'oreille, puis au bout de 10 minutes environ, la malade tombait endormie. La plupart de ces attaques duraient 2 heures, mais elle en a eu de 12 heures ; elle en a même eu de 24.

Souvent ces attaques de sommeil consistaient simplement dans la prolongation de la durée du sommeil normal et alors la malade ne se réveillait pas aux heures ordinaires.

Nous avons, une seule fois, surpris la malade pendant une de ces crises de sommeil, depuis qu'elle est entrée dans le service ; nous avons constaté ce qui suit :

La malade est étendue, les membres sont dans une *demi-rigidité*, les paupières sont fermées, *l'insensibilité* est absolue. Lorsqu'on vient à comprimer les ovaires, la rigidité cesse, la malade entr'ouvre les yeux, fait quelques mouvements avec la tête comme pour regarder, mais ne retrouve pas sa connaissance. Dès qu'on cesse la compression ovarienne, les choses reviennent dans leur état premier.

État actuel (février 82). — Deux points ovariques : l'un à droite l'autre à gauche. Hémianesthésie gauche, pas d'achromatopsie.

Observation LXXXII[2]. — *Tympanisme. — Crises convulsives se bornant aux phénomènes de la 2e période. — Arc de cercle.*

Elisa B..., dix-sept ans. Le frère du père est mort aliéné à vingt-cinq ans. Une sœur de la malade est à l'asile de Bégard.

Bonne santé, sauf chloro-anémie légère jusqu'en août 1881. A cette époque elle est prise, à la suite d'un violent mal de tête, d'attaques de nerfs qui durent 2 heures. Le cou a été très gonflé. 15 jours après, nouvelle attaque précédée d'accès de colère, d'envie de détruire. Ces attaques revenaient tous les 15 jours avec les mêmes caractères.

Le 23 octobre 82, la malade entre à la Salpêtrière, service de M. Charcot.

1. Recueillie par le Dr G. Ballet dans le service de M. Charcot, 1882.
2. Dr G. Ballet. Service de M. Charcot, 1882.

Anesthésie complète. Obtusion des sens des deux côtés. Prédominance du côté gauche, où l'achromatopsie est presque complète ; abolition du goût et de l'odorat.

Point hystérique sous le sein gauche.

Attaques. — Les attaques échappent au type régulier, elles consistent surtout dans des contorsions irrégulières et des cris très aigus. Elle fait l'arc de cercle. Les avant-bras sont assez fortement contractés en flexion.

En somme, chez cette malade, tout semble borné à la deuxième phase de l'attaque avec arc de cercle. Pas de phase épileptoïde.

La pression sur l'ovaire gauche arrête les attaques.

A deux ou trois reprises depuis le mois de juillet, B... a été prise de tympanisme. Le ventre était très ballonné, très dur ; et l'ensemble des accidents a plusieurs fois présenté le tableau du faux péritonisme. Douleurs dans le flanc gauche qui n'étaient pas seulement dues à la douleur ovarienne ordinaire, mais plutôt à une myalgie des muscles de l'abdomen ; vomissements de matières glaireuses.

Observation LXXXIII[1]. — *Attaques de sommeil. — Crises de toux nerveuse arrêtées par la compression ovarienne.*

P... Louise, dix-sept ans. La mère, très nerveuse, aurait actuellement encore des crises d'hystérie. La malade a été très nerveuse dans son enfance. Il y a deux ans, 15 jours après une violente frayeur, elle eut une première attaque de sommeil.

État actuel (février 82). — Anesthésie totale, pas d'achromatopsie. L'odorat, le goût, l'ouïe, bien que très atténués, ne sont pas complètement abolis.

La malade présente un point ovarique gauche et un point hystérogène sous le sein gauche.

Les attaques, chez la malade, se montrent sous formes soit d'attaques de petite hystérie avec mouvements irréguliers, soit d'attaques de sommeil. Ces dernières se prolongent d'habitude seulement quelques heures, une journée. Le sommeil est naturel, sans raideur, ni état cataleptique des muscles.

Le 22, la malade a été prise de quintes de toux d'une violence extrême. L'auscultation de la poitrine ne révèle aucun symptôme thoracique. Du reste, le caractère de la toux ne laisse subsister aucun doute sur sa nature nerveuse. Cette toux survient par quintes qui durent de 2 à 3 minutes, séparées par des intervalles de 8 à 10 minutes : elle a le caractère coqueluchoïde, elle est extrêmement rauque.

La chloroformisation et l'hypnotisme n'amènent qu'une cessation temporaire de la toux, qui se reproduit après le réveil. La compression de l'ovaire gauche, soit au moyen de la main, soit à l'aide de la ceinture compressive, fait cesser la toux.

1. Recueillie par le Dr G. Ballet dans le service de M. Charcot, 1882.

Le 28 mars, nouvelles quintes de toux que l'on arrête encore par la ceinture.

Le 5 avril, la malade se fracture le péroné gauche en sautant à la corde. Après avoir posé plusieurs appareils, on enlève le dernier bandage le 3 juin. Le pied est dans une rectitude parfaite.

Le 4 juin, le pied est dans une adduction très marquée; toutefois, on le relève sans éprouver de résistance.

Le 5, la contracture est encore plus marquée. Douleurs au niveau de l'ancienne fracture. Adduction forcée du pied; quand on le ramène dans sa position normale, on détermine une trépidation spinale très prononcée. Cette trépidation existe quoique moins forte à l'état de repos. Le genou lui-même est un peu raide.

1er juillet. — La malade, à plusieurs reprises depuis le 28 mars, a été affectée de sa toux. On a arrêté celle-ci chaque fois instantanément en appliquant un compresseur ovarique.

En août, la malade quitte l'hôpital. Le pied est toujours contracturé dans l'adduction.

Observation LXXXIV[1]. — *Hémianesthésie gauche. Ovarie gauche. Zones hystérogènes. Attaques convulsives. Absence de période épileptoïde. La 3e période est remplacée par un état cataleptique. Toux hystérique. — Diathèse de contracture.*

M..., quinze ans et demi.

Parents très nerveux. Mère a eu des attaques d'éclampsie. Frères et sœurs nerveux. Une sœur de six ans a encore des convulsions.

Battements de cœur depuis très longtemps. Caractère extrêmement bizarre.

La malade a eu sa première attaque en octobre 81 à la suite d'une frayeur. Puis les attaques se succédèrent pendant trois mois au nombre de trois ou quatre par mois et enfin devinrent plus fréquentes.

État actuel (mars 82). — La malade a un point douloureux au niveau de l'ovaire gauche, un sous-mammaire gauche et un sous-mammaire droit. Pas d'achromatopsie.

Octobre 82. — Hémianesthésie gauche avec sensibilité considérablement diminuée à droite. Le goût, l'ouïe, l'odorat abolis à gauche, sont très atténués à droite. A gauche, la malade est achromatopsique et ne voit que le rouge.

Le sens musculaire est conservé.

La membrane du tympan est analgésique à droite, anesthésique à gauche.

Les attaques se caractérisent ainsi qu'il suit.

La malade n'a pas de période épileptoïde et entre d'emblée dans la phase des grands mouvements.

Dans cette phase, après avoir sauté plusieurs fois sur son lit en poussant des cris aigus, elle se met en arc de cercle et reste ainsi un instant. Elle retombe alors sur le lit et reste étendue sur le dos.

1. Recueillie par le Dr G. Ballet dans le service de M. Charcot, 1882.

La phase des attitudes passionnelles est remplacée chez elle par une période durant laquelle les membres gardent la position qu'on leur donne absolument comme dans la catalepsie. Elle sort de cet état pour entrer dans une phase de délire qui dure assez longtemps et qui revêt surtout le caractère gai.

Le plus souvent, durant cette période, la malade ramasse des fleurs qu'elle croit voir sur son lit : elle répond aux questions qu'on lui pose et raconte qu'elle se promène dans un jardin, ou qu'elle est sur l'eau dans un canot qui va très vite.

Cette période de délire marque généralement la fin de la série des attaques.

La malade est très facilement hypnotisable. Elle présente très développé l'état dit « d'opportunité de contracture ».

Pendant plusieurs semaines et à plusieurs reprises, elle a eu de la toux hystérique.

Observation LXXXV[1]. — *Hystérie chez un jeune garçon de quatorze ans. Somnambulisme.*

Antécédents héréditaires. — Une sœur du malade qu'on amène en même temps que lui (7 avril 1883) aurait eu *deux attaques*, à la suite desquelles le bras et la jambe du *côté droit* auraient été paralysés.

Le dos du *pied* est renversé en dehors quand elle marche; les membres du *côté droit* ne sont pas plus grêles que ceux du *côté gauche*.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde en octobre 1882 avec rechute.

Il y a trois semaines, on a trouvé le malade, la nuit, *à terre*, hors de son lit. Le médecin lui a fait prendre du *bromure de potassium*. Il y a quinze jours, sa mère l'aperçut la nuit, il s'était encore levé; il avait les *yeux ouverts et fermés successivement*. Il demanda du papier et un crayon, écrivit le nom de V. Hugo *et fit des vers*. Quand on l'approchait, il disait : « *Allez-vous-en, vous me faites du mal.* »

La crise de somnambulisme a duré une heure environ.

Le lendemain il va à son bureau comme de coutume, puis le soir il est pris d'une attaque de petite hystérie, il aurait fait *l'arc de cercle*.

Durant ces derniers quinze jours, il a eu plusieurs crises hystériques.

Il y a *trois jours,* une nouvelle crise de *somnambulisme* (3 avril 1883). Étant couché, il se lève, menace ses camarades et, quand on veut le toucher, crie : « *Allez-vous-en vous me faites du mal.* » L'attaque est revenue tous les jours depuis *trois jours*, presque dès que le malade est endormi.

Le malade revient nous voir aujourd'hui, *samedi* 7. — Dans la nuit du mercredi au jeudi, s'est levé *deux fois*, se mettait à genoux, demandait du papier et un crayon « pour faire une machine pour ses camarades »; petite crise qui consistait à se déchirer et à crier. Le matin il paraissait très contrarié. La nuit de vendredi à samedi, il a répété le même manège; puis s'est endormi pour se lever au matin à *dix heures*. En se levant il est tout étonné d'ap-

1. Recueillie par le Dr G. Ballet dans le service de M. Charcot, 1883.

prendre ce qui s'est passé; et quand on lui présente ses manuscrits il est très contrarié.

Sensibilité. — Sur le côté gauche se trouve une plaque hyperesthésique s'étendant depuis l'épine iliaque jnsqu'à la huitième côte, sur une largeur de *dix centimètres.* Une plaque analogue se trouve sur le pariétal gauche.

Il est à remarquer que, lorsque le malade va avoir une attaque, il sent au niveau des points hyperesthésiques (tête et côté) un picotement qui le fait s'écrier : « *Dépêchons-nous je vais tomber.* » (7 avril 1883.)

Observation LXXXVI[1]. — *Hystérie chez un jeune garçon. Crises à forme somnambulique.*

P. G..., né en 1865. Sa mère a eu pendant la grossesse et l'allaitement des attaques d'hystérie auxquelles elle était sujette. Le développement physique de l'enfant ne présenta rien de particulier, mais son caractère se montra bientôt violent, irascible, querelleur, batailleur, malgré un grand fonds de bonté et de sensibilité.

A sept ans, rhumatisme articulaire aigu qui le tient un mois au lit.

En 1879 (à l'âge de quinze ans), P. G... qui suivait avec succès les classes d'un lycée, se plaint quelquefois de ne plus aussi bien comprendre, de sentir sa tête vide, d'y avoir comme une boule flottante. Il trébuche souvent en marchant et même il tombe plusieurs fois, toujours sur le dos. Il grandit rapidement et maigrit.

A la fin de février 1880, il ne va plus au lycée qu'avec répugnance; il accuse des douleurs dans les articulations. Le 28 du même mois il prend le lit et tout aussitôt se débat, récite avec goût de longs morceaux littéraires, improvise même, puis passe à des chants bizarres ou lugubres, pousse des cris, tout cela dans un état évidemment inconscient. Les jours suivants surviennent des crises violentes, surtout le soir. Il essaie de briser les objets environnants, de se tuer, de se jeter par la fenêtre.

La crise finit par le retour soudain et complet de l'intelligence. Dans les nuits qui suivent les crises, il y a généralement des manifestations de somnambulisme.

Dans la journée il se met souvent, sans motif, à fuir et cherche à se cacher.

Il tombe parfois comme une masse inerte, semble ne pouvoir se relever et reste étendu des heures entières, poussant des grognements si on veut le relever ou le déranger de sa position.

On constate l'anesthésie de toute la surface cutanée, l'achromatopsie des deux yeux excepté pour le rouge et (suivant la relation que nous transcrivons) la langue est souvent paralysée.

Du 28 février au 8 avril, il est traité par le bromure de potassium, les affusions froides, l'exercice et le séjour à la campagne, sans résultat.

On a alors recours à l'électrisation statique. Des crises d'un nouveau genre viennent s'ajouter aux anciennes : P. G... imite tout ce qu'il voit ou entend, mais avec calme et gravité.

1. Communiquée par M. le Dr Romain Vigouroux.

De juillet à octobre il se produit un mieux sensible : plus de crises, seulement des caprices, des exigences déraisonnables, des brusqueries, des goûts bizarres. Il y a toujours, à un certain degré, de la céphalalgie frontale, de l'insomnie, des cauchemars.

En octobre, il peut reprendre ses études au lycée dans la classe supérieure et avec succès, après une interruption de sept mois. Mais le 28 février 1881, un an après le début de la maladie confirmée, les mêmes symptômes réapparaissent, quoique avec moins de gravité. La rechute est attribuée à une punition injuste. Les études sont de nouveau interrompues et le traitement par l'électricité est suivi régulièrement jusqu'au mois d'octobre. L'amélioration s'accentue tellement que d'octobre 1881 à octobre 1882 le traitement n'a lieu que par intervalle et que les études ne souffrent plus un seul jour d'interruption. Mais le 12 octobre, à l'occasion d'une série d'opérations sur les dents, il survient une crise violente qui dure deux heures. La céphalalgie, l'insomnie, l'anesthésie reparaissent, l'aptitude au travail diminue. Cependant, les études ne sont pas absolument suspendues. La modification favorable du caractère persiste. P. G... est plus doux, plus affectueux envers les siens.

Dans le courant de janvier 1883, la sensibilité cutanée est complètement rétablie et l'état général est satisfaisant. P. G... a repris le cours régulier de ses études ; son intelligence et sa mémoire sont entièrement conservées.

Ce qui précède est la reproduction textuelle d'une note qui nous a été remise par le père du malade. Nous aurons à revenir plus tard sur les détails du traitement. Pour le moment nous nous bornerons à ajouter quelques traits à la description de la maladie et quelques réflexions sur son origine probable.

Nous avons été témoin de plusieurs crises. Le malade devenait sombre et taciturne, puis il commençait à se livrer à des actes désordonnés ; il voulait s'enfuir, aller dans la rue ou se roulait par terre sans proférer une parole. Alors la moindre opposition provoquait de sa part une lutte énergique, mais silencieuse, avec les personnes qui voulaient le contenir. Cette agitation ne semblait pas avoir de but déterminé ; c'était plutôt la réaction contre toute contrainte qu'une manifestation agressive. Pendant ce temps la face était plutôt vultueuse (en raison surtout des efforts) et le regard vague.

Dans les crises d'imitation dont il est parlé dans la note ci-dessus, P. G..., après être resté quelque temps préoccupé et silencieux, se mettait tout d'un coup à répéter machinalement les paroles qui lui étaient adressées, en leur donnant la même intonation, puis il reproduisait tous les gestes ou attitudes de son interlocuteur ou de telle autre personne qui parvenait à attirer son attention. Il mettait à cela un empressement et une étude vivement accusés par l'expression de sa physionomie.

D'autres fois les actes automatiques étaient suggérés par les objets qui tombaient entre ses mains. Ainsi se trouvant sur le tabouret électrique, il prenait un des excitateurs, muni de sa chaînette et passait une heure ou deux dans l'attitude d'un pêcheur à la ligne, sans dire un mot, etc.

Dans l'intervalle des crises l'intelligence était parfaitement nette. Le malade n'en conservait pourtant aucun souvenir et ne s'apercevait pas de la lacune qu'elles laissaient dans son existence.

Bien que notre attention se soit portée de ce côté, nous n'avons relevé aucun fait qui puisse faire attribuer à l'éveil de l'activité génitale une influence appréciable sur le développement de la maladie. Il paraît acquis que le jeune P. G...

(simple externe au lycée) n'a jamais eu d'habitudes vicieuses; mais il aurait eu, pour la première fois, des relations sexuelles peu de temps après le début de la maladie, sans que la marche de celle-ci en ait été modifiée.

En revanche, les études, ou pour mieux dire, le système d'études suivi par P. G... semble devoir être incriminé. P. G... a toujours été, au lycée, considéré comme un très bon élève. Il est très studieux, plein d'émulation et de goût pour ses études littéraires. C'est avec un réel chagrin qu'il se sentait incapable de les continuer et voyait compromis les projets d'avenir de sa famille. Or, avec le régime du lycée, un élève zélé se trouve astreint à un travail intellectuel de douze ou quinze heures par jour, dont une partie se passe dans des salles où l'éclairage et l'aération sont également défectueux. Pour les classes littéraires, ce travail porte sur des sujets abstraits, le plus souvent au-dessus des facultés d'un enfant ou d'un adolescent. Ainsi en nous enquérant des occupations du jeune P. G..., nous avons souvent noté des sujets de dissertation, de philosophie ou d'histoire qui auraient mieux convenu à des thèses de doctorat ou aux concours pour la carrière diplomatique. Nul doute qu'une éducation intellectuelle ainsi réglée et sans aucun souci d'ailleurs du développement somatique, ne doive être une cause active de névrose, même chez des sujets non prédisposés par l'hérédité.

Observation LXXXVII[1]. — Résumé : *Antécédents névropathiques du côté d'une tante maternelle. Sœur sujette à des accès de gastralgie. Enfance délicate. Première manifestation nerveuse à dix-neuf ans sans cause appréciable. Crise de gastralgie. Étouffements, boule hystérique, palpitations cardiaques. A vingt et un ans* (1880), *violent chagrin d'amour. Recrudescence des crises de gastralgie. Hématémèses. Frayeur en juin* 1881.

En août, longue attaque de catalepsie qui a duré six jours avec délire, hallucinations provoquées ou spontanées, accès épileptoïdes isolés, et grandes attaques hystériques composées ainsi : aura, période épileptoïde, attitudes passionnelles, scènes muettes tour à tour gaies ou terribles, période terminale. Retour à l'état normal presque subit, aucun souvenir au réveil. Amblyopie passagère. Crise de douleurs céphaliques, attaque de paralysie transitoire. Attaque de contracture généralisée avec conservation de la connaissance. Accès de toux nerveuse. Hoquets.

Attaques hystéro-épileptiques : aura, période épileptoïde, attitude passionnelle unique ayant sa source dans une émotion de la journée. Mutisme passager.

Attaque hystéro-épileptique : aura, période épileptoïde, période des attitudes passionnelles, scènes variées puisées dans les souvenirs du jour, phase de délire très longue. Pendant cette attaque pas trace de catalepsie; le souvenir des hallucinations persiste.

Nouvelle attaque de catalepsie coupée d'attaques hystéro-épileptiques avec les phases ordinaires. Hallucinations spontanées ou provoquées.

1. Communiquée par M. le Dr Laurent Faucon de Chauffailles.

Léa D..., âgée de vingt-deux ans, brune, pâle, maigre, d'un caractère très impressionnable. Elle a reçu une assez bonne éducation. Elle est assez coquette, de mœurs régulières et n'est point adonnée aux pratiques de la dévotion. Elle aime beaucoup les fleurs et surtout les enfants blonds. Elle affectionne particulièrement un enfant de deux ans, fils d'une dame sa voisine. Nous verrons plus loin cet enfant blond et les fleurs jouer un rôle dans ses attaques. Dès l'âge de trois ans, ses parents l'ont laissée à la garde d'un oncle et d'une tante qui l'ont élevée en enfant gâtée. Pas de maladies antérieures graves; a eu la coqueluche, la rougeole, la variole dans le cours de son enfance. Ces maladies ont revêtu la forme bénigne.

Une de ses sœurs plus âgée qu'elle, est mariée et sujette à des accidents nerveux se manifestant surtout sous forme de gastralgie. Sa tante maternelle qui l'a élevée, aurait eu, paraît-il, il y a plusieurs années, certains accidents encéphaliques.

A treize ans, les règles sont apparues, sans aucune particularité. Jusqu'au début de l'affection nerveuse actuelle, cette jeune fille s'est toujours assez bien portée. Ses parents disent qu'elle n'était pas cependant d'un « gros tempérament ». L'appétit était un peu capricieux.

La première manifestation de l'affection nerveuse s'est produite il y a trois ans (1878), sans aucune cause appréciable et a consisté en une « crise d'estomac ». A cette époque déjà le malade se plaignait d'étouffements, de palpitations cardiaques et éprouvait la sensation d'une boule remontant à la gorge. A partir de ce jour, l'état général s'est sensiblement modifié. L'anémie s'est accentuée; les règles ont toujours été normales; elles étaient suivies et précédées de pertes blanches assez abondantes. Les palpitations sont devenues de plus en plus fréquentes; l'appétit, tout en étant conservé, était néanmoins diminué; la salade, les fruits verts étaient les aliments préférés. Cet état dura près de deux ans.

Il y a environ un an (1880), Léa D... s'éprit d'un jeune homme; elle le voyait assez souvent en cachette de ses parents et devait se marier avec lui. Ce jeune homme vint à mourir subitement. Elle en éprouva un si violent chagrin qu'elle resta près de quatre jours au lit. Les crises gastralgiques fort rares au début devinrent de plus en plus fréquentes. Elle devint très impressionnable, la moindre contrariété, la moindre émotion lui arrachaient des larmes.

Il y a environ quatre mois, je fus appelé auprès de la malade, qui était en proie à une de ses crises de gastralgie. Je n'eus pas de peine à en reconnaître la nature hystérique. Elles se produisaient de la façon suivante :

Crises de gastralgie. Après un repas et le plus souvent sous l'influence d'une émotion morale quelconque, Léa était prise d'une violente douleur épigastrique, qui ne tardait pas à s'accompagner d'efforts de vomissements. Plusieurs fois les vomissements ont été sanglants au début; ils étaient ensuite constitués en grande partie par des mucosités claires et quelques aliments. Quand l'estomac s'était débarrassé de son contenu, les contractions douloureuses de cet organe continuant, il en résultait des efforts considérables, n'aboutissant à aucune évacuation.

En même temps, la malade éprouvait très manifestement la sensation de boule remontant à la gorge, ainsi qu'une sensation de constriction au niveau de la zone épigastrique.

Pendant tout le temps que durait cet accès, la malade se roulait, se tordait, frappait du pied et du poing le mur, le lit, s'accrochant convulsivement aux assistants, ou bien appuyant fortement ses deux mains au niveau de l'épigastre pour soulager ses souffrances.

La fin de la crise était marquée généralement par une sorte de toux aphone, nerveuse, laryngée, toux croupale. Puis la malade se calmait insensiblement, demandait un verre d'eau fraîche, après quoi elle rendait une quantité considérable d'urine très claire, ne conservant de cette attaque qu'une courbature violente, et un brisement général de tous les membres.

Pendant toute la durée de la crise, il existait de l'anesthésie limitée aux membres supérieurs et à la partie antérieure du tronc. Aux membres inférieurs, il n'y avait qu'un certain degré d'analgésie.

C'est surtout aux mains et aux avant-bras que cette anesthésie était manifeste. Elle persistait un certain temps après la crise : la malade sentait, disait-elle, ses doigts morts, et elle ne percevait pas les piqûres d'épingle.

La durée de ces crises était variable : les unes n'ont duré qu'une heure; d'autres ont duré tout une nuit, avec des périodes de calme. Ordinairement, une injection sous-cutanée de morphine amenait rapidement du soulagement.

Depuis le mois de mars 1881, ces crises se sont renouvelées environ toutes les trois ou quatre semaines. Tantôt il n'a existé qu'un seul accès, tantôt il y a eu une série de deux ou trois accès dans un intervalle de 48 heures. Les crises ont toujours été en augmentant de fréquence et d'intensité.

Dans ces derniers mois, elles ont presque toujours débuté par une hématémèse. En dehors même des crises, la malade avait des tendances aux hémorrhagies, aux épistaxis, qui étaient très abondantes, et se renouvelaient sous la moindre influence. Aussi, la malade ayant un jour approché de ses narines un flacon d'ammoniaque, elle fut prise aussitôt d'une épistaxis qui ne s'arrêta que très difficilement.

J'arrive maintenant à la partie la plus intéressante de cette observation.

Vers la fin du mois de juin 1881, Léa fit un voyage de quelques jours pour se distraire; elle eut au retour une très vive frayeur. Les chevaux de la diligence où elle se trouvait s'emportèrent et les voyageurs faillirent être précipités. Le lendemain éclata une crise de gastralgie. Ces accès douloureux, bien qu'avec des périodes de répit assez longues, augmentèrent de violence jusqu'au 16 août, jour où se montrent des accidents nouveaux.

État actuel. 16 *août* 1881. — La malade est prise subitement de hoquet, de violentes douleurs épigastriques ; puis, vomissement de sang, de mucosités, contractions douloureuses de l'estomac, efforts ; mouvements désordonnés ; anesthésie générale ; sensation de boule.

Injection de 2 centigr. de morphine, à la suite de laquelle le calme se rétablit un peu.

17 *août*. — La nuit n'a pas été trop mauvaise ; les douleurs épigastriques ont persisté, mais avec moins de violence. Vers le soir, la malade se lève, va faire une petite promenade de deux heures, est très gaie, et répète qu'elle va très bien.

A son retour les accès de gastralgie reviennent, les douleurs sont très violentes, les mouvements sont désordonnés. La malade étouffe, et porte la

main à la gorge, cherchant à se débarrasser de l'obstacle qui gêne sa respiration.

Tout à coup, au plus fort de l'agitation, L... perd subitement l'usage de ses sens, les yeux sont fixes, les membres roidis. On ne peut obtenir aucune réponse. Cet état dure environ deux minutes; après quoi elle nous regarde d'un air effaré, puis sourit vaguement et demande à partir pour la promenade, elle veut aller à la pêche.

Elle venait de tomber presque instantanément dans un état semi-cataleptique. Les membres conservent la position qu'on leur imprime; il y a de l'anesthésie généralisée. Des hallucinations se développent. La malade voit surtout de l'eau, beaucoup d'eau.

Une demi-heure plus tard éclate la première attaque d'hystéro- épilepsie, attaque encore mal dessinée, et caractérisée surtout par une période épileptoïde avec attitude tétanique du corps. La figure pâlit d'abord, puis se congestionne. Les traits se contractent, un peu d'écume paraît aux lèvres. Les mains se ferment, les bras se roidissent. Des inhalations d'éther et de l'eau froide projetée sur le visage font disparaître cet état qui a duré environ 15 minutes. La malade revient à l'état cataleptique d'avant l'attaque; réapparition des hallucinations de la vue, visions sombres.

18 *août*. — La nuit s'est passée dans cet état, la malade n'a pas dormi. Elle a prononcé quelques paroles incohérentes, a eu une attaque dans le genre de celle de la journée. Les hallucinations continuent. L... veut partir absolument : son médecin le lui a bien défendu, mais il est mort. Elle a vu passer son enterrement; il ne peut plus s'opposer à son départ. Elle n'oppose aucune résistance, quand on la retient dans son lit. Je suis auprès d'elle, mais elle ne me reconnaît pas. Elle me prend pour une dame étrangère. Mon vêtement noir se transforme à ses yeux en une belle robe bleue. Elle veut en faire confectionner une pareille. Elle me répète que son médecin est mort et qu'elle peut partir. Elle ne reconnaît pas les lieux où elle se trouve, se croit à Lyon, dans un hôtel, et prend sa tante pour la maîtresse d'hôtel. Sa parole est lente, entrecoupée, par monosyllabes; sa respiration est très accélérée. Les mouvements se font lentement et par secousses successives. Elle ne veut rien accepter à manger, car, dit-elle, on veut l'empoisonner. Je réussis pourtant à lui faire prendre un potage, dans lequel elle a cru voir constamment « de gros grains de poison ».

A peine a-t-elle fini ce potage, qu'elle se plaint de violentes douleurs d'estomac : c'est le commencement de l'aura. Je vais décrire avec quelques détails cette troisième attaque d'hystéro-épilepsie. C'est une des plus complètes qu'ait eue la malade. Je décrirai ensuite l'état semi-cataleptique qui a persisté dans l'intervalle des attaques.

Phase de l'aura. — Avec les douleurs épigastriques surviennent de violentes douleurs frontales, marquées surtout au niveau de la tempe droite (sensation de coups de marteau). C'est à ce niveau que L... porte constamment la main. La parole devient de plus en plus difficile et entrecoupée. Sensation de boule à la gorge et fréquents mouvements de déglutition. Au bout de 3 à 4 minutes, les oreilles commencent à bourdonner. Puis ces bourdonnements se transforment en bruits de cloches, lointains d'abord, et qui ne tardent pas à se rapprocher et à devenir plus intenses. « Oh! Ces... clo...

cloches!... Ces... cl... cloches! Elles me sonnent dans la tête. ». Enfin comme dernier phénomène de l'aura, il se produit une angoisse précordiale : « Ces... clo... ces... cloches ... Elles me donnent au cœur.» (*Ter.*) La durée totale de l'aura est d'environ 7 à 8 minutes.

Période épileptoïde. — Durée totale 2 à 3 minutes. Les yeux deviennent fixes, sont dirigés en haut. La face pâlit, puis se congestionne. Quelques bulles de mousse s'échappent des lèvres. Arrêt de la respiration. En même temps les mains se ferment par un mouvement lent. Les poignets se renversent légèrement en dehors. Le pouce est fortement appuyé sur l'index fléchi. Les membres supérieurs sont dans la supination et un peu dans l'abduction. L'avant-bras forme avec le bras un angle très ouvert d'environ 140 à 150 degrés. Les membres inférieurs sont dans l'extension, et très rapprochés l'un de l'autre. Telle est la *phase tonique.* La *phase clonique* n'est représentée que par un léger tremblement des avant-bras, à oscillations lentes et très peu étendues, d'une durée de 2 à 3 secondes. La *phase de résolution* s'annonce par un soupir et par le défléchissement lent et progressif des doigts.

La période des contorsions et des grands mouvemeuts fait absolument défaut et la malade entre immédiatement dans la *période des attitudes passionnelles* d'une durée totale de 8 à 10 minutes.

Période des attitudes passionnelles. — Les globes oculaires se mettent en mouvement, puis se dirigent lentement en haut et à droite. La tête suit le mouvement des yeux. La physionomie exprime la terreur. Le tronc se soulève lentement, la malade se met sur son séant. En même temps les bras se sont élevés progressivement, les mains se joignent dans l'attitude de la *supplication.* La tête se renverse légèrement en arrière. La physionomie devient suppliante et la malade garde cette attitude environ 30 à 40 secondes. Les mains se séparent ensuite et, sans s'abaisser, opèrent un mouvement de croisement. Elles sont ramenées ainsi croisées vers la poitrine, où elles s'appuient fortement. La malade semble serrer contre elle un objet chéri et vouloir le *protéger.*

Les traits de la face expriment toujours la terreur, la supplication, mais il se mélange à ce jeu de physionomie une expression de résolution énergique. La scène change une troisième fois. Les bras quittent la poitrine, se décroisent. Le gauche s'arrondit au devant du tronc comme pour soutenir l'objet qu'elle serrait tout à l'heure, tandis que le droit est porté en avant, le poing fermé, dans l'attitude de la menace. La face exprime énergiquement cette passion.

Viennent ensuite les tableaux gais. La figure s'éclaire et sourit. La tête se penche légèrement en avant, et les deux mains ramenées au devant du corps, s'abaissent sur les couvertures, où elles semblent ramasser des objets qui doivent être bien délicats et bien légers, à en juger d'après la précaution qu'elle met à les tenir avec le pouce et l'index. Les mains se relèvent chargées de leur fardeau imaginaire, et la malade heureuse, gaie, souriante, contemple avec ravissement ce qu'elle tient entre ses doigts.

Les bras s'allongent ensuite sur le lit et L... garde pendant environ une minute une complète immobilité. Après quoi, la période des attitudes passionnelles recommence de la même façon. Une seule fois j'ai constaté le retour de la période épileptoïde du début de l'attaque, dans toutes les autres attaques cette

période ne s'est produite qu'au début, tandis que la période des attitudes passionnelles revenait deux ou trois fois. Cela se reproduisait exactement de la même façon; néanmoins on pouvait remarquer une différence dans l'accentuation des gestes et du jeu de la physionomie.

Période terminale. — Pendant toute la durée de l'attaque la malade n'a pas prononcé un seul mot. Il existe un spasme laryngé très violent et les mâchoires sont fortement contractées. Quand l'accès se termine, L... paraît reconnaître les personnes qui l'entourent [1]. Mais aux questions qu'on lui pose elle ne répond que par gestes : « Essayez de nous parler, lui dis-je, m'entendez-vous? » Ses yeux se fixent sur moi, et un léger mouvement de tête m'indique une réponse affirmative. Elle fait des efforts de déglutition, agite légèrement les lèvres, essaye d'imprimer quelques mouvements à la mâchoire; mais aucun son ne peut sortir encore. Enfin au bout de quelques minutes, il se produit deux ou trois grandes inspirations, et un faible son se fait entendre. Peu à peu, la malade peut prononcer très lentement ces quelques mots : « Je... v... v...ais m...mieux. » d'abord très faibles, puis un peu plus distincts. La parole est revenue au bout d'environ 5 à 6 minutes.

La malade n'en reste pas moins dans l'état demi-cataleptique qui avait précédé la crise. Les attaques d'hystéro-épilepsie se sont donc développées au milieu d'une attaque de catalepsie, qui ne s'est terminée que quelques jours après, le 23 août.

La raison des attitudes passionnelles qui se sont montrées dans les attaques précédentes se trouve dans la présence d'hallucinations sur lesquelles la malade en dehors des crises a pu donner quelques détails.

Les particularités que l'on observe pendant l'état cataleptique intermédiaire aux attaques nous donneront à ce sujet d'utiles renseignements. Quand on interroge la malade sur le motif de son effroi, elle porte immédiatement les yeux en haut et à droite, la figure prend une expression de terreur, la vision apparaît, que L... nous raconte ainsi : « Des hommes noirs montés sur des chevaux noirs; ils ont des ailes de feu. Il sont trois, armés de longs couteaux, qu'ils tiennent comme des sabres. L'un d'eux marche en avant, portant une bannière blanche, sur laquelle sont inscrits ces mots en lettres de sang : Joie, honneurs, richesse. Ils s'avancent vers moi. »

Aussitôt L... recommence la mimique de la supplication. En attirant son attention par un mot, on fait disparaître la vision.

Dans la suite, en cherchant à me renseigner sur les causes qui ont pu faire naître l'idée des hommes noirs, j'ai appris de la malade elle-même qu'il y a environ trois ans, elle avait lu un livre qui l'avait vivement impressionnée. Ce livre intitulé : *Le martyre d'une jeune fille*, porte à sa première page une gravure représentant précisément les trois hommes armés de leur bannière blanche. A leurs pieds est une jeune fille dans l'attitude de la supplication.

Je continue l'interrogatoire en demandant à L... ce que veulent ces hommes noirs et ce qu'elle presse contre sa poitrine. « Un petit enfant blond. Ils veulent le tuer et je le protège. » Aussitôt il lui revient en mémoire une poésie qui a dû produire sur elle une impression profonde, car elle récite en entier les

1. Je note que la malade, qui avant cette troisième attaque, n'avait pu reconnaître personne, nous reconnaît tous à présent, tout en restant dans l'état semi-cataleptique.

cinq ou six strophes qui la composent, et elle y revient souvent avec passion. Voici la première strophe de ce morceau :

« J'aime un bel enfant blond, à la mine éveillée
» Au sourire parfois si mutin et si fou;
» Et ses propos naïfs, charme de la veillée
» Et ses cheveux flottants tout bouclés sur son cou, etc. »

Enfin, en continuant l'interrogatoire, j'apprends que les hommes noirs s'éloignent, et qu'alors elle leur montre son poing menaçant. Le danger écarté, la voyante se trouve transportée dans un beau jardin où elle cueille des fleurs rouges et bleues, qu'elle contemple avec plaisir. Elle les offre gracieusement, si on les lui demande. La moisson est abondante, car chacun en a sa part.

Non seulement on peut ainsi évoquer chez L... les visions gaies et tristes, qui constituent à proprement parler la période des attitudes passionnelles, mais on peut varier à l'infini ces évocations.

Hallucinations provoquées. — Ces hallucinations peuvent être provoquées de plusieurs façons :

C'est ainsi que, montrant un doigt à la malade, je lui représente l'idée soit d'un serpent, soit d'un oiseau, soit d'une montre, soit d'un papillon ; aussitôt l'évocation faite, la vision apparaît, et la physionomie exprime les impressions diverses, produites par les diverses hallucinations.

Autre expérience : Je place les membres de la malade dans une position quelconque : Aussitôt l'idée correspondant aux gestes indiqués se traduit par une mimique spéciale. Ainsi, la main placée au-dessus des yeux, comme pour les protéger d'une vive lumière, amène un clignement des paupières, et la malade ne pouvant tolérer l'éclat qui l'éblouit, répète à plusieurs reprises : « Ce soleil ! ... Oh ! ce soleil... ! il me fatigue les yeux. »

La main placée sur la bouche comme pour envoyer un baiser fait prendre à la physionomie une attitude toute gracieuse.

Les hallucinations portent non seulement sur la vue, mais sur *l'ouïe* et la *sensibilité cutanée.* En évoquant l'idée de la musique, on fait assister la malade à un concert harmonieux qu'elle écoute avec un plaisir non dissimulé. De même en présentant le doigt à la malade, et en lui disant : « C'est une guêpe, » aussitôt la physionomie exprime l'effroi, et si l'on appuie le doigt sur une partie quelconque du corps, aussitôt, L... tressaille, et s'écrie. « Oh ! qu'elle m'a piquée ! »

On peut de même provoquer des hallucinations de *l'odorat* et du *goût.*

Fonctions. — La parole est très lente, saccadée, par monosyllabes. On dirait que L... éprouve une peine infinie à émettre les sons. La respiration, pendant tout le temps qu'a duré l'état cataleptique, a été très accélérée (40 à 50 par minute). Le pouls, quoique affaibli, est resté normal. La température n'a jamais exédé 37°, 8 (axillaire). L'appétit était conservé, mais il fallait faire manger la malade, sans quoi elle n'aurait jamais songé à le demander. A ce sujet, je note que jamais il n'a été possible, pendant toute la durée de la maladie, de lui faire accepter une bouchée d'une autre main que de la mienne, et cela parce que, disait-elle, il y avait du poison dans tous les aliments qu'on lui offrait et que moi seul je pouvais le reconnaître. Aussitôt qu'elle avait mangé,

elle éprouvait une douleur violente au creux de l'estomac, et plusieurs fois les attaques d'hystéro-épilepsie ont immédiatement succédé aux repas.

La malade allait une fois par jour à la selle, par lavement. Elle urinait une à deux fois par jour : urine claire, en quantité normale, n'ayant jamais rien présenté d'anormal.

La vue n'a été troublée que vers la fin ; pendant les deux derniers jours, il y a eu de l'amblyopie ; je n'ai jamais constaté d'aberration du sens des couleurs.

État des muscles. — Les muscles, ainsi que je l'ai dit, ont acquis la propriété de conserver les attitudes qu'on leur imprime. Quand on a donné une pose à la malade, nous savons déjà que la physionomie se transforme suivant les impressions suggérées par la pose. Mais si en même temps on attire son attention, on peut causer avec elle un certain temps, et elle conserve toujours son attitude. Les muscles ainsi placés n'étaient pas entrés en contracture permanente au bout de 20 minutes ; je n'ai pas poussé l'expérience plus loin.

Les mouvements spontanés s'exécutent donc avec beaucoup de lenteur. Ce sont des mouvements automatiques, s'exécutant par saccades successives et peu étendues.

Il est impossible, en fermant les yeux, de provoquer la léthargie. On ne fait que faciliter l'apparition des visions.

Il existe un très léger degré d'hyperexcitabilité musculaire. C'est principalement sur les extenseurs et les fléchisseurs des doigts qu'on peut constater cette propriété, les muscles de la face ne répondant en aucune manière à l'excitation.

Sensibilité. — L'anesthésie n'est pas générale : Elle porte principalement sur les mains, les avant-bras, et la partie supérieure et antérieure du tronc. Aux mains et aux avant-bras, elle est complète, on peut traverser la peau avec une aiguille sans que la malade s'en aperçoive. Les membres inférieurs sont analgésiés, mais perçoivent un peu les sensations. Au niveau des ovaires, la peau est sensible, mais n'est pas hyperesthésiée. A la partie antérieur du thorax, l'anesthésie est presque complète : La sensibilité revient à mesure que l'on descend vers la pubis et les aines. A la face, les joues et le front sont analgésiés. Les ailes du nez et les lèvres sont très sensibles. La muqueuse buccale est légèrement anesthésiée. La malade prenait des potages très chauds sans manifester aucune sensation de brûlure.

D'une façon générale, j'ai pu constater que l'anesthésie était un peu plus prononcée à droite qu'à gauche.

Je note comme dernier trait que la malade dort bien pendant la nuit : le sommeil est calme et, à la voir dormir, on la croirait dans son état normal.

19, 20 et 21 *août*. — Le 19, trois attaques ; deux le 20 ; une le 21. Ces attaques sont toutes identiques à l'attaque type décrite ci-dessus. Au milieu de l'une d'elle, un violent coup de tonnerre éclate. L... se réveille en sursaut ; la crise est suspendue pendant environ deux minutes, après quoi elle reprend au point où elle avait été interrompue.

La compression ovarienne arrête les attaques, mais aussitôt qu'on suspend

la manœuvre, l'attaque continue. Dans un cas l'attaque a persisté en dépit d'une compression énergique.

Les inhalations d'éther ont plus d'action. Elles amènent au bout de peu de temps un arrêt complet de l'attaque.

Les hallucinations ont persisté pendant ces trois jours. Ce qui domine, c'est la vue de l'eau. « L'eau monte, dit L... ; elle est trouble, ce sont ces chevaux qui la troublent. »

De plus cette eau est très froide, et la malade frissonne, a des claquements de dents, se couvre sous ses couvertures. Les parents effrayés me font prévenir aussitôt qu'apparaît le frisson, redoutant une complication grave, et quel n'est pas leur étonnement quand je fais suspendre instantanément le frisson, en disant à la malade que je vais faire disparaître l'eau froide qui l'inonde, et en faisant le geste de la repousser loin d'elle. Je ramène et je fais disparaître tour à tour le frisson, en faisant successivement les deux gestes contraires.

Les hommes noirs n'ont pas disparu : ils sont toujours dans le fameux coin à droite et en haut, et toutes les fois que L... fixe les yeux de ce côté, elle prend une expression de terreur. Les hommes veulent se faire un passage au travers de l'eau pour arriver jusqu'à elle.

Dans la soirée du 21, nouvelle vision; les yeux sont fixés directement en haut, et sont animés d'un mouvement lent à droite et à gauche. Laissons parler la malade :

« Un bosquet touffu... vert... sombre... des rochers... une grotte... Oh! que c'est beau... Un peintre... dans la grotte... Il fait le portrait... d'un enfant blond... Le tableau s'avance... Oh! il a peur de moi... il m'a vue... »

Ainsi qu'on le voit, dans toutes ces hallucinations nouvelles, on retrouve les éléments principaux de l'attaque : les hommes noirs, l'enfant blond. Les fleurs vont jouer leur rôle demain, dans une dernière hallucination, celle du cimetière.

22 *août*. — La nuit a été bonne, la malade a dormi. Je la trouve le matin, les yeux fixes et remplis de larmes. Elle voit un cimetière ; elle est auprès de la tombe d'une de ses amies morte phthisique, il y a deux mois. Elle veut absolument aller cueillir des fleurs, en couvrir le tombeau ; « Elle était, dit-elle, si belle à son lit de mort. » Les mêmes hallucinations reviennent pendant toute la journée.

Il n'y a pas eu d'attaque aujourd'hui, elle s'est plainte seulement de douleurs d'estomac, de coups de marteau dans les tempes. Elle a entendu les cloches pendant un instant. Puis tout s'est dissipé, sauf les douleurs épigastriques.

Il y a eu aujourd'hui de l'amblyopie. L... a de la peine à reconnaître les personnes qui sont autour d'elle ; il lui semble qu'un voile couvre ses yeux.

L'état cataleptique persiste toujours, néanmoins on observe que les bras, placés dans la situation horizontale, retombent spontanément par un mouvement très lent.

23 *août*. — La nuit a été bonne, la malade a bien dormi. Les hallucinations

persistent. Les hommes noirs, les fleurs, l'enfant blond, le cimetière. Ces fameux hommes noirs ont fini par forcer l'entrée du cimetière, ils dévalisent les tombes et ouvrent les cercueils.

A onze heures du matin, J... prend son potage comme d'habitude, un peu de vin, une grappe de raisin. Tout passe bien, mais les douleurs d'estomac sont toujours très violentes. Les douleurs de tête ont beaucoup diminué.

Retour à l'état normal. — Environ vingt minutes après ce repas, L... est prise d'un hoquet. Tout à coup, elle se soulève par un mouvement brusque, se met sur son séant, et devient très pâle. En même temps elle se frotte les mains, les bras, le devant de la poitrine avec fureur. On lui parle, elle ne répond rien, est complètement étrangère à tout ce qui l'entoure. Puis au bout de deux minutes environ, sans transition apparente, elle se met à parler tout naturellement. La voix n'est plus entrecoupée, et les mouvements sont presque naturels, quoique un peu raides. Elle s'étonne de voir plusieurs personnes autour de son lit. Elle me rappelle que la veille (il y a six jours) je lui ai fait deux *incisions* (injections de morphine). « Dimanche prochain, dit-elle, ont lieu les élections. » (Elles ont eu lieu le dimanche précédent.) En somme, elle ne se rappelle aucunement ce qui s'est passé pendant ces six jours, et croit n'avoir dormi que quelques heures. Elle se plaint d'avoir les idées complètement embrouillées, et ne se rend pas bien compte de ce qui se passe. Elle éprouve des fourmillements intenses aux mains, aux bras, à la partie antérieure du tronc (retour de la sensibilité). Ses membres sont brisés, courbaturés. Peu à peu, elle revient complètement à elle, et deux heures plus tard, elle pouvait se lever et faire quelques pas.

26 *août*. La malade est complètement revenue à son état normal. Elle se plaint surtout d'un peu de faiblesse dans tout le côté droit. Elle a encore quelques douleurs d'estomac. Elle ne se rappelle aucun des faits qui se sont produits pendant sa période de catalepsie.

31 *août*. La malade s'est plainte toute la journée de malaises du côté de l'estomac. Légère anesthésie des doigts. Elle mange avec répugnance. Le soir, crise de gastralgie analogue aux précédentes, et qui s'accompagne d'état cataleptique des muscles, et d'amblyopie. Céphalalgie violente, succédant aux douleurs épigastriques. La voix et la respiration sont entrecoupées. Pas de troubles intellectuels. La malade conserve le sentiment de son état pendant toute la durée de la crise, qui est de deux heures.

La compression ovarienne et les inhalations d'éther ont paru soulager les douleurs.

Excellente santé jusqu'au 3 *septembre*. Ce jour-là sensation de boule pendant toute la journée. A cinq heures, la malade se livrait à un travail de couture, quand, subitement, elle perd l'usage de la vue. Cette *cécité* complète dure environ dix minutes. La vue revient ensuite progressivement, mais il persiste une amblyopie assez marquée. De six à neuf heures, la malade a éprouvé une sorte de pesanteur de tête qu'elle ne peut définir : sa tête est, dit-elle, dans un état « tout drôle ». A neuf heures, éclatent des douleurs excessivement violentes dans les deux tempes, plus marquées à gauche où la sensation de coups

de marteau est très manifeste. En même temps, bourdonnements d'oreilles intenses ; la malade se frappe la tête à coups de poing et, si on ne la contenait, elle se frapperait contre les murs. L'intelligence est très nette. Pas d'état cataleptique des muscles. Anesthésie occupant les points ordinaires, et de plus les tempes et le cuir chevelu. Au milieu des douleurs, explosion de pleurs, accès de découragement. L'application de deux pièces d'argent sur les tempes, a produit au bout d'environ dix secondes un arrêt complet des douleurs de tête. Mais il se produit un phénomène de transfert, et c'est au creux épigastrique que se portent les douleurs. En même temps, la sensibilité revient au cuir chevelu et s'annonce par de violentes démangeaisons. Les douleurs épigastriques se calment. Explosion de rires sur un mot qui rappelle à la malade une scène burlesque. Après ces divers accidents, accès de toux nerveuse et de hoquet.

A minuit tout allait bien.

A partir de ce jour j'institue le traitement suivant :

1° Chaque jour deux pilules à chaque repas.

Tartrate ferrico potassique................		15 grammes.
Extrait de quina........................	} ââ	5 —
Valérianate de zinc......................	}	
Excipient................................		q. s.
Div. s. a. en 120 pilules.		

2° Tous les matins, inhalations de cinq à dix gouttes de nitrite d'amyle.

3° Tous les deux jours, une douche d'éther pulvérisé sur la colonne vertébrale.

4° Le jour intermédiaire aux douches, application le matin, pendant une durée d'une demi-minute environ, d'un drap mouillé sur le corps.

5° Toniques, alimentation substantielle, promenades, gymnastique.

6 *septembre*. Rien de particulier jusqu'à ce jour. Dans la matinée, crise de gastralgie, accompagnée de douleur ovarienne gauche excessivement vive. La douleur existe aussi à droite, mais à un degré moindre.

A onze heures du matin, attaque de catalepsie ; à midi, début d'une attaque hystéro-épileptique qui n'est représentée que par la période épileptoïde et quelques hallucinations spontanées. Pas d'hallucinations provoquées. Amblyopie, anesthésie, bourdonnements d'oreilles.

Je reviens à cinq heures du soir, la malade ne me reconnaît pas ; elle me prend pour un de ses parents. Elle se plaint d'une sensation de constriction à la gorge et de douleurs dans les tempes.

Compression de l'ovaire gauche, suivie presque instantanément d'une disparition complète de tous ces phénomènes. La malade se réveille, ne se rappelle aucunement tout ce qui s'est passé. Retour progressif de la sensibilité.

A sept heures, attaque de paralysie transitoire. La malade se plaint de ne pouvoir faire absolument aucun mouvement. En même temps, hyperesthésie intense généralisée, et marquée surtout aux points précédemment occupés par l'anesthésie. Au niveau de l'ovaire gauche, l'hyperesthésie est telle, qu'un très léger attouchement du doigt, fait pousser des cris à la malade.

Cet état dure environ trois heures avec ce degré d'intensité. Puis l'hyperesthésie va en diminuant jusqu'à minuit, en même temps que la paralysie disparaît peu à peu.

A minuit, apparition des règles. Notons que le mois dernier, elles sont apparues le 8, que la période intermenstruelle a été très exactement de vingt-neuf jours, c'est-à-dire à peu près normale.

Pendant cette période d'hyperesthésie, j'ai noté une certaine élévation de la température, qui, sous l'aisselle, a atteint 38°, 5.

. . . .

7 *septembre*. Tout va bien jusqu'à six heures du soir. A ce moment apparaissent les phénomènes de l'aura. A huit heures, attaque de tétanisme : intelligence intacte, aphonie, et impossibilité d'articuler. Tous les muscles sont en état de contracture tonique; la respiration est légèrement accélérée; quelques bulles de mousse aux lèvres ; anesthésie incomplète. Douleur ovarienne gauche. Les globes oculaires sont mobiles, et sont les seuls moyens de communication avec l'extérieur.

Disparition progressive de ces phénomènes, qui à dix heures ont entièrement disparu : alors se produisent quelques mouvements désordonnés; accès de désespoir, sanglots. La nuit se passe dans cet état d'excitation nerveuse. Un peu de sommeil vers le matin.

. . . .

Le 8 *septembre*. A six heures du soir, nouvelle attaque; raideur tétanique de tout le corps; mêmes phénomènes que la veille. Intelligence toujours très nette. Inhalations de nitrite d'amyle, amenant une suspension des accidents, qui reviennent à sept heures. — Nouvelle inhalation de nitrite d'amyle et disparition des accidents. — Fourmillements dans les bras, à la tête.

A huit heures, crise de gastralgie, vomissements, hoquet. Injection de 1 centigr. de morphine ; arrêt des douleurs.

L'hyperesthésie ovarienne ayant constamment persisté pendant ces deux jours, la compression de l'ovaire n'a pu être faite.

20 *septembre*. Crise de gastralgie, aphonie, amblyopie, anesthésie.

21 *septembre*. Nouvelle crise à laquelle succède une période de délire avec hallucinations, d'une durée d'environ une heure. Pas de catalepsie. Le soir, phénomènes de l'aura, puis attaque de tetanisme. A cette attaque succède une nouvelle crise de gastralgie.

. . . .

22 *septembre*. La nuit a été bonne. Le soir, éclate encore une crise. Pleurs, accès de désespoir, tout se termine par un accès de toux rauque.

Les injections de morphine, associées aux douches d'éther pulvérisé sur le creux épigastrique ont presque toujours calmé les douleurs. Les inhalations de nitrite d'amyle, laissent après elles une céphalalgie assez intense.

Pendant ces trois jours, 20, 21 et 22 septembre, le temps a été très orageux.

23 *septembre*. — La journée a été assez bonne ; je viens voir la malade, lui demande en plaisantant, si le soir, elle a l'intention de reprendre une crise

au moment de mon repas, comme les trois jours précédents. Cette parole l'impressionne beaucoup, et pendant plus d'une heure, je m'entends dire des choses désagréables. Je la quitte enfin, en lui promettant à l'avenir de *peser mes paroles*.

Aussitôt après mon départ, un revirement se produit : La malade éclate en sanglots, se reproche amèrement ses paroles à mon égard; puis subitement survient une attaque d'hystéro-épilepsie, précédée pendant quelques secondes des phénomènes de l'aura.

Période de tétanisme, écume à la bouche, fixité des yeux ; puis survient la période des attitudes passionnelles : cette phase se présente sous une forme toute particulière.

La malade est dans l'état cataleptique, les membres sont roidis, les mains sont jointes et élevées, dans l'attitude de la prière ; la physionomie est suppliante. Elle est restée dans cet état près de trois heures, attendant mon arrivée, et aucune des personnes présentes n'a pu arriver à disjoindre les mains. Pendant tout ce temps-là, elle n'a cessé de répéter qu'elle voulait me demander pardon.

Au moment où j'arrive, je la trouve dans cette situation. Physionomie immobile et fixe, de grosses larmes coulent sur les joues. Anesthésie des avant-bras, des bras, du devant de la poitrine. Raideur tétanique de tous les muscles. A ma vue, la malade disjoint lentement les mains, me demande pardon, rejoint les mains et me supplie de nouveau. L'état cataleptique persiste.

Je fais aussitôt la compression de l'ovaire, et immédiatement la malade pousse un grand soupir, s'éveille reconnaît peu à peu les personnes qui l'entourent, et nous dit qu'elle a dormi. Aucun souvenir de tout ce qui s'est passé.

On peut voir par le récit de cette attaque, que les attitudes passionnelles chez L... D... ne sont pas la représentation d'un fait unique ; toujours le même ; elles sont modifiées par les dernières impressions éprouvées par la malade. Néanmoins nous allons voir dans une nouvelle série d'attaques d'hystéro-épilepsie, revenir certains des éléments de la première série. Les hommes noirs, les fleurs et l'enfant blond vont jouer de nouveau leur rôle au milieu de scènes d'un autre genre.

24 *septembre*. — Crise de gastralgie suivie d'aphonie, et de paralysie de la langue, qui ne peut articuler aucun son. Une pression sur le larynx dans le sens de son diamètre transversal, fait disparaître cet état.

25 *septembre*. — La malade est très fatiguée de ces secousses successives, mais elle n'a pas de crises.

Rien de particulier jusqu'au 2 octobre. La malade a pris de l'appétit : Elle se félicite de ce résultat obtenu par le fer et l'hydrothérapie. Les digestions se font très bien, et il semble même que son teint devient un peu coloré. Les muqueuses sont beaucoup moins pâles, et l'anémie a de la tendance à disparaître. Mais nous arrivons au voisinage de la période menstruelle, et, avec elle, vont éclater de nouvelles attaques.

2 *octobre*. — Pendant toute la journée, état de malaise, boule, hoquet. La malade va à vêpres, et y est subitement prise d'aphonie. Elle reste à l'office,

sans être autrement incommodée. Puis, va se promener, et au bout d'environ deux heures, l'aphonie disparaît, mais pour laisser la place à une crise de gastralgie.

3 *octobre*. — A quatre heures du soir, crise de gastralgie d'une durée d'une heure, à laquelle succède une attaque de tétanisme d'environ dix minutes. Puis état cataleptique de quelques minutes, mais pas de phase d'attitudes passionnelles. La sensibilité revient peu à peu. Il persiste un état de malaise. Calme relatif pendant deux heures, puis attaque de céphalalgie violente. La douleur se localise ensuite dans les nerfs dentaires inférieurs et disparaît sous l'influence de la pression au niveau des nerfs mentonniers.

4 *octobre*. — A sept heures du soir, autre crise de gastralgie, à la suite de laquelle, la malade se dit, prise de points douloureux sur tout le corps. Je fais disparaître ces points en les touchant successivement avec un étui de thermomètre que la malade croit chargé d'un fluide électrique particulier. Le calme revient et la nuit se passe dans de bonnes conditions.

5 *octobre*. — Apparition des règles à quatre heures du soir. A sept heures, la malade entre en crise.

Première attaque. — *Phase de l'aura*, d'une durée d'environ une heure, présente les phénomènes déjà décrits. *Période épileptoïde* avec *phase tonique* et *phase clonique* (oscillations sensibles seulement à la main ; on ne voit pas de mouvements, mais on perçoit une trépidation légère, une sorte de frémissement vibratoire qui est comme le rudiment des secousses cloniques de cette période). La période épileptoïde dure environ quarante secondes. La période des grands mouvements fait toujours défaut. Le tétanisme est immédiatement suivi par la *période des attitudes passionnelles*.

La malade ouvre lentement les mains et commence une série de gestes très difficiles à analyser. Néanmoins je finis par comprendre qu'elle s'entretient avec un muet. Mais comme elle ne connaît pas le langage par signes, elle l'imite en donnant à ses doigts des attitudes bizarres, où l'on ne retrouve rien des signes précis de l'alphabet des muets. Je note que dans la journée elle a eu à s'entretenir avec un muet venu pour affaires.

Elle prend ensuite un objet et plaçant sa main droite comme pour écrire, elle fait le geste de tracer quelques mots accompagnés de points et de virgules bien accentués. Cela fait, elle plie sa lettre imaginaire, la remet à quelqu'un en désignant du doigt une direction. Elle revient ensuite à ses gestes de muet. La physionomie exprime une sorte de satisfaction méchante, comme une petite vengeance satisfaite. Les mains font de temps en temps des gestes qu'on peut avec l'aide du jeu de la physionomie, exprimer par un : « *C'est comme ça* » un peu sec. Elle reprend sa plume imaginaire qu'elle a eu soin de placer derrière l'oreille, et écrit. Elle recommence ainsi de suite les mêmes gestes à deux ou trois reprises différentes, puis la période tétanique revient, et quand elle en sort ce n'est pas pour recommencer ses attitudes, mais pour entrer dans une période de délire doux avec hallucinations et dialogue monologué. Elle est à Lyon, monte à Notre-Dame de Fourvières, décrit tout ce qu'elle voit, prie la vierge, visite le sanctuaire. Puis elle redescend la colline,

arrive dans l'intérieur de la ville, se consulte un instant pour savoir où elle dirigera ses pas. Elle veut consulter tous les médecins sur sa maladie, et commence par aller chez un dentiste dont elle a entendu parler. Il est dentiste dit-elle, mais il doit aussi connaître la médecine. Chez le Dr P. elle trouve le cabinet encombré, ne veut pas attendre, et va trouver un grand chirurgien, le Dr O... La figure sévère de l'illustre personnage, l'impressionne vivement, néanmoins elle reprend courage et lui parle avec hardiesse. Le traitement ordonné est le même que celui qu'elle suit; elle en est enchantée. La voilà de retour dans son pays. Elle ne renonce pas à son projet de consulter tous les médecins; elle va dans les environs consulter le Dr C. Elle hésite, car c'est l'ami de son médecin ordinaire; mais elle commencera par lui en faire l'aveu. Encore le même traitement. « C'est fini, dit-elle, je suis renseignée. Je vais continuer mon traitement. »

Le délire continue ainsi pendant plus d'une heure. Elle est tantôt à Lyon, tantôt dans son pays, et les mêmes faits, les mêmes paroles reviennent à plusieurs reprises. L'attaque se termine, l'intelligence redevient nette, mais il persiste de l'anesthésie, et aussitôt le délire dissipé, les phénomènes de l'aura réapparaissent.

Je note que pendant cette longue attaque il n'y a pas eu trace de catalepsie. Les mouvements sont restés libres. La parole n'était plus saccadée et lente; c'était une sorte de murmure continu et il fallait approcher l'oreille très près pour saisir les mots qui étaient d'ailleurs forts nets et très bien articulés. Après la crise, la malade se souvient parfaitement du rêve qu'elle a eu et le relate dans tous ses détails.

Deuxième attaque. — Jusqu'à onze heures du soir, les phénomènes de l'aura, ainsi que l'anesthésie ont persisté. Et, à partir de ce moment, la malade entre dans un état de mal absolument analogue à celui qui a existé du 17 au 23 août. C'est-à-dire que l'état cataleptique persiste non seulement pendant les attaques mais dans leur intervalle. Celles-ci surviennent à des instants plus ou moins éloignés et sont tantôt isolées, tantôt subintrantes. Cet état de mal a persisté depuis le 5 octobre à onze heures du soir jusqu'au 8 octobre à dix heures du matin.

Pendant cette période, la malade a eu quatre séries d'attaques absolument analogues à l'attaque du 16 août précédemment décrite, avec des différences toutefois dans la phase des attitudes passionnelles et dans la période de délire que nous voyons apparaître ici et que nous n'avions jamais observée dans les premières attaques. Cette phase de délire a tantôt suivi les gesticulations, tantôt s'est montrée immédiatement après la période épileptoïde.

Dans l'attaque qui s'est produite le 5 octobre à onze heures du soir, les tableaux religieux ont remplacé les tableaux tristes.

Avant d'entrer dans la description de l'attaque, il est utile de rapporter quelques faits qui l'ont précédée et qui ont eu de l'influence sur la forme des attitudes passionnelles.

La veille, c'est-à-dire le 4 août, Madame X..., amie de la malade est partie pour Lyon, où elle devait conduire sa fille en pension. Léa D... a chargé cette dame de faire le pèlerinage de Fourvières et de lui rapporter un souvenir. Son désir était grand d'accompagner son amie, et c'est sur cette impression qu'est survenue la crise.

Comme d'ordinaire, l'attaque commence par la période épileptoïde, période d'assez courte durée. Y compris les deux phases, phase tonique et phase clonique, elle ne se prolonge pas au delà de vingt secondes.

Puis la malade dirige les yeux vers une apparition située en haut et à gauche. Elle porte ses deux mains au devant de sa poitrine, et au milieu d'un trousseau de médailles, en prend une représentant Fourvières, joint les mains et offre sa médaille à l'apparition qui n'est autre que la Vierge. Puis elle cueille des fleurs dont elle compose un bouquet. Elle l'arrange, l'attache soigneusement et l'offre également à la Vierge. C'est le tour ensuite d'un second bouquet qu'elle offre à une seconde apparition qui se trouve du côté opposé. Elle cherche une médaille du saint, qui est saint Joseph, mais elle n'en trouve pas.

Dans une autre scène elle se croit transportée dans le couvent où son amie vient de conduire sa fille. Elle entend le piano et ses mains s'agitent comme sur un clavier. Elle bat la mesure de la tête, tourne la page du morceau qu'elle a devant les yeux. (Je ferai remarquer ici qu'elle ignore l'art de toucher du piano, mais elle l'imite, comme elle imitait le langage des muets dans une attaque précédente.) Cette scène se continue quelques instants, puis peu à peu survient sur cette idée de la musique, la période de *délire*. On la prie de chanter. Elle sourit, est émotionnée, fait un geste de refus, puis cède et chante :

« Chers enfants, pensez aux abeilles,
« N'effeuillez pas toutes les fleurs. »

« Je ne peux plus ». Elle reprend son jeu de piano, semble faire des exercices, et suivre les leçons d'un maître. Elle regrette de ne pouvoir s'accompagner. Elle ne regrette la fortune que pour la musique. Elle y aurait eu plus de goût que pour l'arithmétique. Le doigté lui semble plus agréable à apprendre que la division, quoique plus difficile. Elle continue ses exercices, fait le geste de tourner la feuille, et reprend à diverses reprises les mêmes gestes, répète les mêmes paroles.

Deux autres attaques du même genre se succèdent sans interruption. L'une n'attend pas la fin de l'autre, elles sont subintrantes. Enfin elle entre dans une période de calme et passe la nuit dans cet état que j'ai précédemment décrit. Elle a des hallucinations et les hommes noirs reparaissent avec leurs ailes de feu et leur bannière blanche. Ils font leur apparition toujours dans le coin à droite.

Dans les deux attaques du lendemain, les hommes noirs reviennent prendre leur place à la période des attitudes passionnelles. Au milieu de ses supplications et de ses offrandes, elle fait un geste d'effroi; ce sont les hommes noirs qui veulent piller et saccager le sanctuaire. Dans son délire à la fin des attaques ils apparaissent aussi et à leur vue elle prononce invariablement cette phrase : « Toujours là ! Quelle épouvantable rencontre ! »

Dans la seconde attaque du 6, l'enfant blond est aussi venu pour jouer son petit rôle. Elle l'appelle, fait le geste de le moucher, le gronde, le renvoie, le rappelle, puis passe aux scènes religieuses.

Dans l'intervalle des attaques, les hallucinations spontanées et provoquées ont persisté : j'ai renouvelé les expériences faites la première fois, et j'ai obtenu les mêmes résultats. J'ai même poussé ces expériences plus loin : et

en faisant le geste de faire prendre à la malade un vomitif, après l'avoir bien prévenue de la nature du liquide que j'avais l'air de lui donner, j'ai vu survenir d'abondants vomissements, qui se sont arrêtés quand je lui ai dit qu'elle devait avoir tout rendu et que le vomitif n'était plus dans l'estomac. De la même façon je lui ai fait prendre un prétendu narcotique (c'est mon doigt qui jouait toujours l'office de flacon) aussitôt elle a fermé les yeux : mais en même temps, les mains se sont fermées, et il allait se produire une attaque, si je n'avais rouvert les yeux, et rappelé l'attention de la malade.

Comme dans la première série d'attaques, elle n'a jamais voulu manger que de ma main, prétendant que tout ce que les autres lui offraient, contenait du poison.

7 *octobre.* Deux séries d'attaques : une de neuf heures à onze heures, l'autre de huit heures à minuit.

Dans ces attaques, les attitudes passionnelles ont varié. Les hallucinations religieuses ont disparu. La malade est au théâtre, et assiste à la représentation des « Huguenots ». Elle sourit, fait le geste de porter une jumelle à ses yeux, applaudit; puis tout à coup, effroi ! Ce sont les hommes noirs qui troublent le spectacle, assassinent le chef d'orchestre. Néanmoins la représentation continue, puisque la physionomie redevient souriante et que les applaudissements reprennent. Mais voilà qu'une expression de mépris se dessine sur son visage, elle tend la main et fait les cornes. Ce geste s'adresse à un personnage qu'elle a reconnu dans la salle et qui ne lui est pas sympathique. Puis le sourire revient, avec les applaudissements. Enfin les hommes noirs font une nouvelle irruption, etc.

En reliant entre elles toutes les attaques de ces derniers jours, on peut suivre au travers de péripéties diverses une même action. La malade commence son voyage imaginaire, par une visite à Fourvières avec la première attaque, elle le termine avec la dernière par une soirée au spectacle.

Pendant toutes les attaques, la *compression ovarienne* a toujours amené la cessation immédiate de la crise, qui, sitôt la compression suspendue, reprenait au point où elle avait été interrompue.

Le 8 *octobre* la malade s'est éveillée comme en sursaut. Elle a ressenti des fourmillements dans tous les points anesthésiés et tout s'est terminé par le retour complet à l'état normal.

Il est inutile d'entrer dans de longs commentaires pour faire ressortir les analogies qui existent entre cette observation et celles que l'on peut lire dans cet ouvrage ou dans l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière* de M. Bourneville et Regnard. L'intérêt capital que présente le cas de M. Laurent Faucon vient des circonstances d'isolement dans lesquelles il s'est produit. Il montre bien que dans l'évolution d'une attaque de grande hystérie, la part de l'imagination du sujet est restreinte. La malade puise dans les impressions qui ont précédé le début des crises ou dans celles qui surviennent au cours de la maladie,

la forme et le motif des hallucinations et du délire. Mais elle n'imagine point le mode d'évolution des diverses périodes qui composent une attaque. Elles n'inventent point la façon dont s'enchevêtrent les hallucinations de la troisième période, l'espèce d'opiniâtreté maligne avec laquelle les hallucinations terribles viennent interrompre les hallucinations d'un caractère gai ou agréable. Une période de l'attaque peut faire défaut, mais l'ordre général n'est point renversé pour cela. Dans l'exemple précédent les contorsions et les grands mouvements qui caractérisent la deuxième période ne se montrent pas et la raison pourrait en être trouvée dans l'adjonction de certains phénomènes cataleptiques persistant même dans l'intervalle des crises. Mais chaque attaque débute par une période épileptoïde nettement caractérisée.

Sous des dehors qui peuvent varier dans une certaine mesure et avec des différences d'intensité ou d'intégrité plus ou moins grandes, le type de la grande attaque d'hystéro-épilepsie est donc facile à retrouver.

L'observation suivante est un exemple analogue au précédent. Il s'agit d'un cas de grande hystérie développé loin de Paris et de la Salpêtrière et qui présente des attaques convulsives bien remarquables au point de vue de la régularité des diverses manifestations. J'en dois le récit détaillé à l'obligeance du Dr Calmels qui l'a observé à Carmaux (Tarn) où il exerce.

Observation LXXXVIII. — *Ovarie double plus accentuée à droite. — Crises convulsives extrêmement violentes présentant tous les caractères de la grande attaque hystérique, avec une prédominance marquée de la deuxième période, qui permet de les ranger dans la variété démoniaque.*

Mademoiselle X..., âgée de vingt-sept ans, présente extérieurement tous les symptômes d'une santé florissante. En dehors de ses attaques, elle ne se plaint que de quelques crampes d'estomac, et accuse, tous les mois, des douleurs de reins et des coliques qui précèdent de quelques jours une menstruation régulière, mais peu abondante, pénible et difficile à s'établir. Un de ses oncles est mort subitement pendant la nuit; il était depuis longtemps épileptique. C'est le seul des antécédents éloignés qui puisse servir à son histoire. Comme antécédents personnels, elle affirme n'avoir jamais été malade jusqu'en 1875, époque où elle fut débarrassée d'un ténia par une seule prise de kousso. Je n'ai pu savoir si la tête a été rendue. Dès la guérison, survinrent des attaques dont la durée et la fréquence allèrent toujours croissant jusqu'en février 1879. Quelques calmants pendant les attaques et immédiatement après constituèrent tout le traitement. De l'aveu de la malade, ces attaques étaient tantôt courtes et sans perte de connaissance, se répétant presque tous les jours; tantôt longues, intenses, nécessitant l'intervention de plusieurs personnes et se répétant trois ou quatre fois par mois. Mademoiselle X... est atteinte d'une surdité acquise, antérieure à son affection; elle n'a jamais eu peur ni éprouvé de

fortes émotions. Elle n'a pas non plus désiré le mariage ; pas d'hémianesthésie ni d'hyperesthésie cutanée. Très grande sensibilité des ovaires à droite surtout.

Chaque fois qu'elle est malade, elle affirme que la douleur part du ventre, s'irradie à l'estomac, monte au cou, et de là gagne la tête en produisant les phénomènes que nous allons exposer.

D'après ces données, il me fut facile de conclure à l'existence de deux sortes d'attaques : 1° incomplètes ; 2° complètes.

Les premières ressemblent aux symptômes prodromiques de la grande attaque d'*hysteria major*. Il n'y a pas perte de connaissance, mais la malade est en proie à une surexcitation nerveuse qui la rend très irascible. Elle a des contractures, des pandiculations, des envies de pleurer ; elle pleure même, mais rarement. Les larmes presque toujours mettent fin à cet état.

Est-elle dans l'imminence d'une grande attaque, les symptômes précédents acquièrent une plus grande intensité ; elle souffre dans la région ovarienne, n'a aucune aptitude au travail, ne peut rester un moment en place, elle est triste, mélancolique, se plaint de palpitations, entend dans l'oreille des sifflements très aigus, comme ceux d'une locomotive. Il lui semble qu'on lui enfonce un clou dans la tête. Le cou est augmenté de volume, le ventre se gonfle et la poitrine se dilate. Arrive enfin la perte de connaissance, la malade se renverse et la période épileptoïde commence. — Cet état a duré de quelques heures à une demi-journée. — La famille attend toujours ce moment pour solliciter mes soins.

Je la trouve quelquefois sous le coup d'une tétanisation musculaire généralisée avec contracture des quatre membres. La langue est dans un état de protrusion et de déviation forcée à droite comme les muscles de la région buccale et semblant correspondre avec l'excès de sensibilité de l'ovaire droit.

D'autres fois la phase clonique prédomine ; c'est le membre inférieur droit qui en fait presque exclusivement les frais ; il décrit des oscillations très marquées et très brusques. La jambe et la cuisse contracturées se fléchissent sur le bassin et tout le membre retombe en cadence sur le talon. — La figure est grimaçante toujours à droite ; les muscles du même côté s'agitent convulsivement, les yeux roulent dans leur orbite et les paupières ne s'entr'ouvrent que pour laisser voir un strabisme tantôt convergent, tantôt divergent. La face est congestionnée, le cou gonflé, la poitrine dilatée comme dans les grands mouvements d'inspiration. Le tympanisme abdominal ne fait jamais défaut.

Je fais la compression ovarienne, et immédiatement, ou au bout de quelques secondes, suivant le degré de résistance des muscles abdominaux, mademoiselle X... fait un violent mouvement d'expiration suivi brusquement d'une inspiration aiguë et sifflante.

La respiration a d'autant plus de difficultés à s'établir que les inspirations exagérées se répètent plus souvent. Le hoquet survient fréquemment à cette période, et avec lui les traits de la physionomie prennent un autre expression. Ce spasme viscéral diminue toutefois les chances que j'ai d'enrayer l'attaque. Les borborygmes ne sont pas rares.

La compression ovarienne produit deux effets différents : tantôt elle amène la résolution musculaire et un sommeil apparent. La respiration devenant un peu plus libre semble faire espérer une solution prochaine. Si je cesse de comprimer les ovaires, bientôt cet état léthargique est interrompu par des secousses du membre supérieur et de la moitié de la face. D'autres fois elle

pousse un cri de terreur, et les quatre membres, contracturés subitement, sont projetés en avant comme pour conjurer un péril imminent. C'est la deuxième période qui commence.

Un second effet de la compression dans les séries d'attaques, c'est le passage subit à la période des contorsions, sans passer par la phase de résolution qui reste inaperçue.

Quelle que soit la transition, mademoiselle X... entre alors dans une fureur indescriptible. La tête s'agite dans tous les sens. Les yeux sont convulsés et ne laissent voir que la sclérotique, les sourcils sont contractés, la langue est projetée en dehors de la bouche et retirée alternativement. Dans sa colère elle cherche à se déchirer la poitrine, le cou, essaye de mordre les voisins auxquels elle distribue des coups de poing; elle déroule ses cheveux et en porte une forte mèche à la bouche après avoir tenté de les arracher, elle se tire les oreilles et se pince très fortement les téguments. Les bras prennent des directions variées. Tantôt ils sont contournés en arrière, le droit surtout; tantôt ce dernier décrit en avant des tours de spire, et, la main dans la flexion forcée, le coude au corps, la malade porte à la bouche les doigts que le hasard ou la rapidité du mouvement lui permet d'y introduire. L'index, le pouce, et le médius sont dans l'extension et l'écartement complet, l'annulaire et le petit doigt dans la flexion et contracturés. La rage semble alors portée à son comble. Elle déchire ou casse tous les objets qui lui tombent sous la main. Elle cherche à déboutonner son corsage et le déchire; elle introduit deux doigts dans la ceinture de son jupon et il est mis en lambeaux. Les jambes sont dans la demi-flexion sur la cuisse, et le bassin subit des oscillations régulières de bas en haut. Mademoiselle X... ne quitte cette attitude que pour décrire une courbe dans laquelle le corps ne repose que sur la tête et les pieds (*attitude en arc de cercle*). Ce dernier mouvement se fait avec un tel déploiement de force et le tympanisme est si grand que, malgré l'avantage de ma position sur la malade qui est couchée à terre sur un matelas, mes forces sont quelquefois insuffisantes pour en empêcher la production ou la continuation. Quand elle est vaincue par la compression, la tête et le tronc se soulèvent et retombent sur l'oreiller et forment un angle droit avec les membres inférieurs. Mon intervention alors devient impossible jusqu'à ce que je la fasse maintenir de force.

Au milieu de tout ce désordre la malade pousse deux sortes de cris: des cris d'effroi et des cris de douleur sous la pression ovarienne. — La voix est entrecoupée de sanglots. « Aïe! — vous me fai... tes du mal. — Laissez-moi... m'en aller... je veux mourir, etc... » Elle ne veut pas surtout qu'on maîtrise ses mouvements. Elle proteste en faveur de ses bonnes intentions: « Je ne suis pas mé...chante... Je ne veux pas vous faire du mal... Vous êtes des bourreaux... » Tout à coup survient une brusque inspiration coïncidant avec une secousse comme électrique de tout le corps, et les contorsions se reproduisent jusqu'à ce que le calme se rétablisse et que les effusions recommencent. Elle appelle son père, sa mère, essaye de pleurer ou pleure réellement, et vient alors la *troisième période* qui ne dure pas longtemps. — Les yeux se ferment les traits prennent une expression de bonheur, les globes oculaires se relèvent sous l'arcade sourcilière, mais non pas convulsivement; elle pousse des « ah! » de satisfaction qui ont la durée quelquefois d'un point d'orgue. — Deux fois à des dates différentes, étendant les bras comme dans l'attitude du crucifie-

ment, j'ai vu la bouche s'ouvrir et se refermer alternativement de manière à simuler l'agonie, ce qui inspira des craintes à sa famille que je me hâtai de rassurer. — Deux autres fois elle a poussé des éclats de rire. Dans toutes les autres séries d'attaques la figure de la malade revêt le masque de la tristesse. On dirait qu'elle est en proie à un affreux cauchemar. Les soldats et la mort font le principal objet de ces hallucinations. Tant que dure cette période elle ne peut pas supporter la lumière. Des contractures des muscles postérieurs du cou lui arrachent des plaintes.

Enfin la malade revient au monde réel et répond aux questions qu'on lui pose; mais ce n'est pas pour longtemps. La famille ne s'y trompe plus. Elle fixe quelque objet. Un brin de duvet sur sa manche, un tampon du matelas, un bouton attire son attention. Une mouche lui fait peur. Elle enfonce dès lors la tête entre les épaules et se pelotonne d'effroi.

Après une série d'attaques, lorsque l'accès touche à sa fin, j'en suis averti par un symptôme qui ne s'est jamais démenti. C'est le réveil du sentiment de la pudeur. Elle rajuste rapidement son corsage et toute honteuse elle se hâte de réparer le désordre de ses vêtements et de sa chevelure. — Le regard perd de sa fixité, les contractures partielles cessent, les réponses ne sont plus évasives, le sourire apparaît sur ses lèvres, et les mouches ne lui inspirent plus de crainte. La fin de ses attaques est marquée par un sentiment de fatigue elle se sent brisée et se plaint amèrement de la douleur consécutive à la pression. Cette douleur dure toujours quarante-huit heures au moins.

Comme complément de la description précédente, je dois ajouter que *depuis le mois de mai*, chaque fois que j'ai été appelé auprès de ma cliente, je l'ai toujours trouvée dans un état de contracture et de tétanisation générales, la tête entre les genoux et l'ensemble du corps dans une attitude semblable à celle du fœtus dans la cavité utérine. Dans chacun de ces cas, au nombre de cinq (et ce sont les derniers), dès la compression ovarienne s'est développée la période des contorsions et des grands mouvements. Je puis sans hésiter la caractériser de variété démoniaque. C'est une forte note de plus ajoutée à la deuxième période que j'ai déjà dépeinte. Les trois dernières séries d'attaques surtout ont été effrayantes comme cris, comme fureur; c'était une vraie rage.

Voici le tableau de ses attaques — accès depuis le mois de février 1879 :

20 février		1 h. 1/2
26 —		2 h.
19 mars		1 h.
26 —		1 h.
30 —		2 h.
28 avril		1 h.
29 — (deux crises)		
	1re	3 h.
	2e	2 h.
30 — (deux crises)		
	1re	1 h. 1/2
	2e	1/2 h.
9 mai		2 h.
17 —		1 h. 1/2
21 juin		2 h.
29 juillet		2 h.

Le chiffre d'heures mis en regard de chaque date représente le temps que j'ai passé auprès de ma patiente et la durée de la compression. Cette dernière a été, dans certains cas surtout, extrêmement fatigante. Mes forces et ma volonté auraient été impuissantes, si je n'avais eu pour me reposer les rares moments qui séparaient chaque fraction de la série d'attaques.

Avant de devenir ma cliente, mademoiselle X.., avait, presque tous les jours, une attaque incomplète de plus ou moins longue durée, et, trois fois par mois en moyenne, des séries d'attaques qui se prolongeaient pendant cinq, six et dix heures.

Depuis le mois de février, j'ai assisté moi-même à toutes les grandes manifestations de cette névrose, et puis affirmer que chez mademoiselle X... il n'y a pas à soupçonner la moindre trace de simulation. Cette jeune personne a reçu une éducation et une instruction convenables; elle est choyée de sa famille et ne se voit refuser aucune satisfaction. En dehors de ses attaques, elle a un caractère très jovial et se trouve tout heureuse en ce moment, car depuis le 29 juillet dernier elle n'a pas eu d'attaque complète ni incomplète.

Quant aux faits recueillis et consignés dans mon observation, je les donne comme absolument empreints de la plus scrupuleuse exactitude et exempts de toute exagération ou complaisance.

Mademoiselle X..., que j'ai vue aujourd'hui même, m'a affirmé qu'elle était au mieux, et que sa menstruation, qui ne s'est jamais établie sans douleur, s'est opérée la semaine dernière sans lui occasionner la moindre indisposition. Je dirai, en terminant, que ses plus fortes crises ont toujours coïncidé avec l'écoulement difficile des règles.

Traitement. — J'ai successivement administré à l'intérieur le bromure de potassium et le bromure de camphre, et concurremment les préparations de fer solubles, telles que les tartrates, les citrates, sans résultat.

Pendant les accès, j'ai fait alternativement des inhalations d'éther, de chloroforme, de nitrite d'amyle, sans arrêter plus rapidement les accès. Ce dernier surtout, dès les premières inspirations, provoquait des vomissements chez la malade, et chez moi une forte irritation des bronches, à tel point que j'ai renoncé à l'administrer après plusieurs essais.

Le 28 avril, j'ai appliqué sur le bras droit un aimant en fer à cheval, ma malade s'est endormie, l'accès n'était pas des plus violents : j'ai fait la même tentative les 29 et 30 du même mois, sans aucun effet. L'aimant était très faible.

Séduit par les expériences de métallothérapie, j'ai placé successivement sur les deux avant-bras un disque de cuivre, de zinc, une pièce de 5 francs et un louis de 20 francs. Le cuivre ne produisit pas plus d'effet d'un côté que de l'autre. L'argent fut aussi indifféremment supporté. Le zinc, insensible à gauche, détermina à droite quelques secousses musculaires et une légère tendance au sommeil. Les effets de l'or furent plus actifs. Supportée à gauche, la pièce de 20 francs provoqua à droite des bâillements, des pandiculations, du malaise, de l'irascibilité, quelques secousses musculaires, et finalement une tendance invincible au sommeil.

Un louis de 100 francs ne put être supporté tant il accentua les effets précédents. Dans quelques minutes, la patiente demanda à être débarrassée, sous peine d'avoir une attaque.

J'ai songé immédiatement au chlorure d'or que j'ai donné en solution à

raison de trois milligrammes par jour, et conseillé un bracelet et un médaillon du même métal. Le traitement a été vaillamment supporté sans indisposer la muqueuse stomacale, et depuis le 29 juillet, mademoiselle X... n'a pas eu (elle me l'affirmait encore ce matin) la moindre trace d'indisposition.

Depuis plus de deux mois elle ne veut plus prendre de médicaments, et a cessé l'usage du drap mouillé et les douches en pluie que je lui faisais donner au moyen d'un grand seau à soupape suspendu au plancher.

Je n'ai pas employé l'électricité.

Dr Calmels.

Carmaux, 21 novembre 1879.

Au mois d'août 1881, le Dr Calmels me donnait de son intéressante malade les nouvelles suivantes :

« Depuis l'envoi de mon observation ma malade n'a plus d'attaques. Deux circonstances toutefois m'ont prouvé que si la maladie est jugulée, elle n'est peut-être pas éteinte absolument.

Au mois d'août dernier (1880) la mort d'un membre de sa famille qu'elle affectionnait beaucoup provoque une crise des plus violentes dont les accès se répétèrent pendant trois jours. Une potion au chlorure d'or suffit pour faire disparaître cet état.

Une seconde attaque mais très légère la surprit à l'église en mars 1881 au milieu d'un prône brodé sur le thème des fins dernières et des horreurs de la mort ; elle put sortir et se coucher sans autre incident. Rien à noter depuis. Ma cliente peut, je crois, être considérée comme guérie ».

Observation LXXXIX[1]. — *Jeune malade arrivant du Brésil. Contracture avec hyperesthésie. — Ovarie. — Attaques convulsives dans lesquelles il est facile de reconnaître les différentes périodes de la grande attaque hystérique.*

J'ai eu l'occasion d'observer au mois de juillet 1879, avec M. le Dr Lepère, une jeune fille qui présentait à un haut degré la plupart des signes de la grande hystérie et dont les attaques ont offert, à un moment donné, tous les caractères des diverses périodes que nous avons décrites. Il n'est pas sans intérêt de faire observer que cette malade arrivait du Brésil et n'avait eu, par conséquent, aucune relation avec les hystéro-épileptiques de la Salpêtrière, dont on eût dit cependant qu'elle eût pris à tâche de copier les attaques.

Voici quelques notes que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Lepère.

Mademoiselle de B..., de Rio de Janeiro, âgée de vingt-deux ans, a tou-

1. Communiquée par le Dr Lepère, 1879.

jours été d'une nature impressionnable, s'emportant facilement. A dix-neuf ans, elle aurait voulu se marier avec un jeune homme qui n'avait pour elle que de l'indifférence. Elle en conçut une profonde tristesse; elle se montra encore plus irascible que par le passé; il survint de l'anémie. On l'amène en Europe au mois d'avril 1878. Je constate un bruit de souffle anémique, une forte décoloration des tissus, et une hyperesthésie générale assez prononcée. La pression sur l'ovaire droit est très douloureuse. Les règles se montrent très régulièrement, mais le sang est pâle et elles s'accompagnent d'une exacerbation de tous les phénomènes. Un vésicatoire appliqué sur le côté droit du ventre diminue l'hyperesthésie ovarienne; traitement ferrugineux et hydrothérapique qui fut irrégulièrement suivi.

Au mois d'août, étant à Luchon, survient la première crise que l'on prend pour une crise néphrétique. — Les règles vinrent avec quelques jours de retard, s'accompagnant de douleurs fort vives pendant une durée de huit à dix jours. Au mois de novembre 1878, quatre à cinq jours avant les règles, crise hystérique simple (boule hystérique, cris, grands mouvements des membres). Les mois suivants, les mêmes phénomènes se reproduisent, mais en augmentant de gravité et en se rapprochant de plus en plus des grandes crises. Vers la fin de janvier 1877, la grande attaque est complète : position en cerceau, visions, extase, bras en croix, contractures d'un côté, le plus souvent à gauche, hyperesthésie considérable. Traitement hydrothérapique énergique suivi d'amélioration. On n'observe plus pendant deux mois encore que de légères crises. Pendant un séjour à Vichy, au mois de juin 1879, nécessité par la santé du père, l'état de notre malade est satisfaisant; un seul accident survient : pendant trente-six heures, mademoiselle de B... demeure hémiplégique et aphasique, mais guérit subitement et complètement au point de pouvoir aller au théâtre le soir même. De retour à Paris au mois de juillet, les grandes crises reparaissent avec la violence et les accidents variés qu'elles avaient déjà présentés. Puis la malade demeure vingt-neuf jours contracturée de tout le côté droit. La contracture est douloureuse et s'accompagne d'une vive hyperesthésie cutanée. Insuccès de l'aimant et des métaux. Le vingt-neuvième jour, je donne le chloroforme qui amène une détente, mais la contracture reparaît aussitôt que cesse l'influence de l'agent anesthésique. Je pousse l'inhalation plus loin et je provoque une crise simple à la suite de laquelle toute contracture disparaît. Au bout de huit jours la malade pouvait sortir. Mademoiselle de B... est partie pour le Brésil le 20 septembre, sans avoir eu de nouvelle attaque. J'ai reçu de ses nouvelles de Rio le 15 octobre; son état de santé continuait à être assez bon.

A cette note fort intéressante du Dr Lepère, dans laquelle se trouvent consignés les caractères des grandes attaques que la malade à présentées, je joindrai le récit d'une crise légère et isolée dont j'ai été moi-même témoin, et qui offrait, bien que peu développées, les diverses périodes facilement reconnaissables.

24 juillet 1879. — Mademoiselle X... est confinée au lit depuis une quinzaine de jours par une contracture qui a envahi le bras et la jambe gauches. La main repose sur l'épigastre, les doigts fermés, le dos de la main tourné

en avant, le coude rapproché du tronc. Une vive hyperesthésie cutanée existe dans tout le côté gauche, mais principalement aux membres contracturés. On ne peut toucher même légèrement au bras contracturé sans que la malade pousse des cris. Elle ressent en outre, dans tout le côté atteint, une douleur continue; des élancements très vifs se font sentir dans l'épaule presque à chaque minute, et des tiraillements douloureux se montrent dans le cou du côté gauche. Enfin la malade, sans cesse tourmentée, se plaint continuellement.

La nuit a été mauvaise. La malade n'a pas pu fermer l'œil à partir de minuit. Elle a entendu les cloches. C'était, dans sa pensée, le carillon de Vichy, où elle a passé un mois tout dernièrement, demeurant tout près d'une église. Elle voyait par instants de petits animaux, des insectes du Brésil gros comme de petits hannetons et de couleur fort vive, grimper le long d'un mur, courant en divers sens. Cette vision se produisait du côté droit de la malade. (La douleur ovarienne était à droite autrefois; depuis que la contracture a envahi le côté gauche, l'ovarie existe des deux côtés, mais avec une prédominance marquée à gauche.)

Depuis ce matin les douleurs du côté contracturé ont été plus vives qu'à l'ordinaire. La malade s'est plainte en outre de bourdonnements dans les oreilles et de battements dans les tempes, de nausées avec suffocation hystérique (sensation de boule) et douleur ovarienne gauche très vive.

A 4 h. 45 minutes nous essayons, par l'application d'un aimant près de l'avant-bras droit, de modifier la contracture qui existe à gauche.

A 5 heures, la malade semble s'assoupir, elle est prise d'étouffements et l'attaque éclate.

Le bras droit quitte l'aimant, se contracture dans l'extension, le poing fermé, l'avant-bras en supination, le poignet fléchi; la tête s'incline à droite, les yeux grands ouverts, les pupilles dirigées en haut et à droite; tout le tronc s'incurve vers la droite. Le bras droit exécute lentement et à plusieurs reprises une sorte de grand moulinet, tantôt en demeurant dans l'extension complète, tantôt en se fléchissant et en s'étendant tour à tour. Pendant ce temps, les membres à gauche demeurent contracturés dans la situation qu'ils occupaient avant la crise; le facies est immobile, les dents grincent fortement. Cette phase, qui doit être considérée comme une période épileptoïde composée uniquement des grands mouvements toniques du début avec prolongation du tétanisme, dure environ cinq minutes. Puis il se produit un relâchement musculaire incomplet, car le côté gauche demeure toujours contracturé. La tête exécute un mouvement de rotation rapide, en même temps que la bouche s'ouvre ou se ferme. Ce mouvement représente la seconde période (période des grands mouvements).

En effet, suivent des hallucinations. La physionomie prend tour à tour une expression gaie ou triste. Il n'existe pas d'attitudes passionnelles à proprement parler, car la malade est toujours maintenue dans le décubitus dorsal par la contracture du côté gauche; mais l'expression de la physionomie indique clairement la présence d'hallucinations tantôt gaies, tantôt tristes.

Il y a un quart d'heure que la crise est commencée, lorsque semble survenir une seconde attaque : la physionomie perd toute expression, le bras droit se raidit, la tête se penche à droite, les yeux se convulsent en haut et à droite; le tronc s'incurve à droite; le bras droit exécute des mouvements de moulinet. Puis tout d'un coup la malade se dresse sur son séant et se

renverse brusquement en étendant les deux bras; pour la première fois, le bras gauche contracturé change de position. Mais au bout de peu d'instants, le bras gauche reprend sa position habituelle, la malade porte sa main droite à la tête, puis à l'épaule; elle se plaint. La connaissance est revenue; la crise est terminée. Elle éprouve des douleurs très vives dans l'épaule gauche; les douleurs se calment peu à peu. Elle ne ressent plus la strangulation hystérique avec sensation de boule, et les sifflements d'oreille sont moins intenses.

Je n'insisterai pas ici sur les caractères si accusés et si semblables à notre description qu'ont présentés les attaques de cette jeune Brésilienne. Rien n'y manque et l'ordre de succession des différents phénomènes est toujours le même. Les signes prodromiques de l'accès sont si conformes à ceux que nous avons observés chez nos malades, qu'en l'entendant décrire ses diverses sensations, il nous semblait entendre une hystéro-épileptique de la Salêptrière.

OBSERVATION LXL. — *Crises d'hystérie présentant tous les caractères de la grande attaque hystérique complète et régulière.*

Cette observation m'a été communiquée par M. Weill, externe des hôpitaux, qui l'a recueillie en ville. Les quatre périodes de l'attaque y sont parfaitement indiquées. L'hystérie s'est développée sous l'influence de vives émotions, lorsque la malade habitait une ville du midi. Elle habite aujourd'hui Paris, et les crises ont conservé le même caractère qu'au début de l'affection.

Mademoiselle X..., âgée de vingt-cinq ans, a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de dix-neuf ans. — Sa mère et sa grand'mère sont toutes deux mortes tuberculeuses à l'âge de trente ans. Son père est mort fou dans une maison de santé, à la suite de violents chagrins domestiques.

Vers l'âge de dix-neuf ans, à la suite de vives émotions, est survenue la première attaque d'hystérie. — Ceci eut lieu dans le Midi. — Les attaques, qui se succédaient d'abord à de longs intervalles, reviennent aujourd'hui à peu près tous les mois, de préférence au moment de la menstruation; mais elles ont toujours eu le même caractère. La malade habite maintenant à Paris.

Ceux qui entourent habituellement la malade ont remarqué chez elle, dès le matin qui précède les crises, une agitation et une inquiétude extrêmes. Elle ne peut rester en place et s'irrite d'un rien; tout, jusqu'à la présence de son enfant, lui est à charge. Puis l'attaque éclate brusquement.

La tête se tourne à droite sur l'oreiller. Les yeux roulent dans l'orbite et se dirigent du même côté et en haut. En même temps, le tronc décrit un léger arc de cercle dont la concavité répond à la gauche de la malade. Les membres sont dans l'extension forcée, l'avant-bras en pronation. Cette période est caractérisée uniquement par des mouvements toniques. La durée en est à peine d'une minute.

A cette première phase de l'attaque succède, sans transition aucune, une nouvelle période pendant laquelle la malade est agitée de violents mouvements du tronc et des membres. Le corps est alternativement projeté en avant et en arrière, et chaque fois la tête retombe violemment sur l'oreiller. La malade est complètement étrangère à tout ce qui se passe autour d'elle. Puis, comme épuisée par les efforts qu'elle vient de faire, elle retombe couchée sur le dos et respire largement. La résolution musculaire est complète.

A cet entr'acte succède une scène dramatique jouée par la malade et des personnages invisibles. Ce sont des hommes noirs qui veulent l'enchaîner, comme ils ont déjà enchaîné son père. Elle les apostrophe, lutte contre eux; sa figure exprime tantôt l'effroi, tantôt la colère.

Le tableau change subitement : le drame fait place à la comédie. C'est au tour d'un musicien aux cheveux bruns à entrer en scène. Il joue de la guitare, tout en se livrant à une pantomime assurément fort comique, à en juger du moins par les éclats de rire qui saluent sa présence.

C'est là que le cycle est complet. Une nouvelle attaqne recommence, semblable à la première. Les trois étapes successives que nous venons de parcourir, nous allons les parcourir de nouveau, avec les mêmes incidents et les mêmes épisodes.

Plaçons ici une remarque intéressante. Si l'on vient à comprimer la région ovarienne, on ne produit, à quelque moment d'ailleurs que l'on opère, qu'une série non interrompue d'éclats de rire convulsifs qui ne cessent qu'au moment où la compression cesse elle-même.

Les attaques se succèdent ainsi pendant un temps qui varie d'une heure et demie à deux heures.

Les attaques sont suivies ordinairement d'un délire non incohérent. La malade retrace avec une grande richesse d'expressions deux grandes scènes de son enfance, scènes très dramatiques et qui ont fait une profonde impression sur elle. Pendant son délire, elle voit les assistants; mais elle ne les reconnaît pas et les prend pour les personnages qui ont joué un rôle dans les scènes qu'elle retrace. Elle voit également les objets teints en rouge. Elle demande de l'eau, on lui en apporte. Elle n'en veut pas : « C'est du vin, dit-elle; je vous demande de l'eau, l'eau n'est pas rouge. » On lui apporte un bain de pieds sinapisé. Elle s'écrie qu'elle ne veut pas prendre un bain de sang.

Elle reconnaît peu à peu les assistants, et la crise se termine par d'abondantes larmes.

Nous devons à M. Charcot la relation d'un fait qu'il a eu l'occasion d'observer, il y a quelques années, dans sa clientèle de ville. Il s'agit d'un cas d'hystérie convulsive développée chez un jeune garçon de douze ans, et qui fut l'occasion d'une singulière méprise de la part du praticien exercé qui lui donnait habituellement ses soins.

Observation LXLI. — *Jeune garçon. — Crises convulsives dans lesquelles dominait l'arc de cercle et précédées de phénomènes épileptiformes. — Plaque d'hyperesthésie au côté gauche. — Modification du caractère et des goûts. — Espiègleries, amour de poupées.*

« Au mois d'août 1877, on vint me prier de voir le jeune X..., atteint d'une maladie nerveuse que le médecin traitant mettait sur le compte d'une tumeur cérébrale ou qu'il rattachait pour le moins à l'épilepsie. Le jeune malade avait des crises depuis plusieurs mois dans lesquelles à la perte de connaissance se joignaient des convulsions plus ou moins intenses.

» En arrivant à la demeure du jeune X... je trouve à ma rencontre le médecin traitant qui m'apprend que le malade est justement dans ses crises et que je pourrai facilement constater que c'est bien de l'épilepsie.

» J'entre, et je vois un enfant qui venait en effet de tomber en état de crise. Pour l'instant il était en attitude d'arc de cercle parfait; tout le corps était incurvé en arrière, et la tête et les pieds reposaient seuls sur le lit. Les yeux ouverts étaient en strabisme convergent. J'appliquai la main sur l'abdomen de l'enfant et je découvris du côté gauche une plaque d'hyperesthésie. En pressant sur ce point, le petit malade quitta brusquement l'attitude d'arc de cercle et se mit à sauter comme un ver, puis il ne tarda pas à reprendre la position première qu'il conserva pendant sept à huit minutes. On me dit que, dans ses crises, cet arc de cercle était précédé de convulsions épileptiformes, et cela plusieurs fois par jour. Son caractère s'était considérablement modifié. Je remarquai dans la chambre où nous nous trouvions et qui était celle que l'enfant occupait habituellement, tout un étalage de joujoux de fillette, des ménages, un petit salon, des poupées. Comme je demandais à la mère si elle n'avait pas d'autres enfants, elle répondit négativement et déclara que son enfant, qui était un vrai garçon auparavant, avait pris des goûts féminins depuis qu'il était malade, et s'était mis à jouer comme une petite fille.

» Il était facile, d'après la forme des convulsions et d'après ces quelques renseignements, de reconnaître qu'il s'agissait ici de phénomènes hystériques et nullement d'épilepsie. Je conseillai de mettre l'enfant entre les mains d'un précepteur, et tout d'abord de l'éloigner de son père et de sa mère, puis de le soumettre pendant trois ou quatre mois au moins aux pratiques de l'hydrothérapie méthodique (douches froides brisées matin et soir). J'ajoutai un peu d'exercice gymnastique et du fer à l'intérieur. L'enfant était un peu anémique, d'apparence délicate et féminine. Il n'y avait aucune anomalie des organes génitaux. Au bout de quinze jours les crises devinrent plus rares. Au deuxième mois elles avaient complètement cessé. Enfin la guérison pouvait être regardée comme complète après le troisième mois du traitement. L'hydrothérapie n'en fut pas moins continuée pendant sept à huit mois. Depuis l'enfant n'a plus éprouvé aucun malaise. »

Le traitement fut suivi à l'établissement hydrothérapique du Dr Pascal, auquel nous devons les renseignements qui suivent et qui complètent le récit de M. Charcot.

Le 1er octobre 1877, madame X... venait à l'Institut hydrothérapique de Passy conduire son fils pour l'y soumettre à la médication hydrothérapique.

Le jeune X... est âgé de douze ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, sa taille est à peine celle des garçons de son âge.

Depuis huit mois, le malade a complètement perdu la faculté du travail.

Tout effort d'attention le fatigue, le brise. Il a perdu l'appétit, il est devenu taquin, plein de caprices. Chaque jour il faut le conduire au bazar et satisfaire ses fantaisies.

Le sommeil fait également défaut, l'anémie est profonde. Pour compléter ce tableau, des crises nerveuses, avec pertes de connaissance, sont survenues, et avec ces crises une véritable manie de la destruction. Un jour il ouvrira les robinets pour inonder l'appartement. Un autre jour ce sont les tapis du salon qu'il arrosera avec de l'huile.

Et, ceci est à noter, lorsque la chose est faite, il fait chorus avec ceux qui la déplorent, si bien que, sans ses confidences *imprudentes*, on ne se douterait jamais qu'il est l'auteur du méfait.

Pendant cette phase de la maladie, le jeune X... avait des hallucinations, il voyait des animaux, chiens, chats, etc. Il eut même deux accès de somnambulisme. A deux reprises différentes, après avoir été mis au lit, on le trouva levé, habillé, ayant allumé les bougies.

Les amusements de ses camarades n'ont plus d'attrait pour lui. Ce qui lui plaît ce sont les poupées; il prend tous les goûts des jeunes filles.

Sur le conseil du médecin de la famille qui croyait à une affection grave du cerveau, on s'en alla passer une saison à la campagne.

Six mois après, nulle amélioration n'était survenue. Les crises continuaient. La famille demanda que le professeur Charcot fût appelé en consultation.

Après l'examen du malade, et sur les renseignements qui lui furent donnés, M. Charcot conclut à une affection purement nerveuse, hystériforme, parfaitement curable par un traitement hydrothérapique bien dirigé.

Le traitement fut donc institué et suivi avec une grande ponctualité pendant six mois.

Lorsque les forces furent revenues, on mit le jeune malade à la gymnastique; plus tard on lui fit faire de l'équitation, de l'escrime.

Le traitement consistait en deux douches par jour.

A l'intérieur : teinture de mars tartarisée, 8 gouttes matin et soir (16 gouttes par jour), vin de Colombo un petit verre avant chaque repas.

Au bout de deux mois on lui donna un précepteur pour le remettre au travail, et à mesure que la santé revenait, les progrès intellectuels étaient aussi plus marqués.

Après six mois de traitement, le jeune X... a grandi, s'est développé, il a gagné en poids 7 kilogrammes, sa famille l'emmène à la campagne.

Au mois de novembre nous le voyons; l'action consécutive du traitement a porté ses fruits, il est méconnaissable, grand, fort, apte aux études qu'il a définitivement reprises, il est maintenant bien plus avancé que ses jeunes contemporains.

Toute trace de l'affection diagnostiquée en premier lieu, affection qui avait rendu si malheureuse toute sa famille, a complètement disparu.

L'existence de l'hystérie chez l'homme est une question qui ne saurait aujourd'hui être révoquée en doute. Des exemples nombreux et indiscutables en ont été cités, on en trouvera un certain nombre dans nos observations; mais la rareté de ces faits en rend parfois le diagnostic

difficile. Au sujet du petit malade dont on vient de lire l'observation, je ferai remarquer de quelle importance a été pour le diagnostic la forme spéciale de la convulsion (arc de cercle) qui s'est rencontrée pendant les attaques.

OBSERVATION LXLII. — *Jeune malade de Saintes. — Accidents hystériques variés. — Crises convulsives très violentes essentiellement composées de phénomènes appartenant à la deuxième période. — Arc de cercle.*

M. le docteur Bouyer à observé à Saintes, un exemple fort intéressant de contracture hystérique de la jambe droite, survenue à la suite d'un traumatisme (le membre, contrairement à ce que l'on observe d'habitude, était immobilisé dans la flexion, la cuisse fléchie sur le bassin et la jambe sur la cuisse, de telle façon que le talon touchait les fesses). Mlle X..., âgée alors de onze ans, présenta dans la suite les signes les plus variés de la grande hystérie : contracture de l'œsophage qui nécessita pendant sept mois l'usage de la sonde œsophagienne; attaques convulsives violentes; surdité absolue, ou bien hyperesthésie de l'ouïe telle que le moindre bruit insolite la plongeait dans les crises les plus terribles ; perte de la vue, de l'odorat, du toucher; visions, hallucinations... Tous ces accidents disparurent peu à peu. A treize ans, époque vers laquelle les règles s'établirent, la malade ne conservait plus que la contracture de la jambe qui ne céda que bien plus tard, vers l'âge de dix-sept ans. La guérison fut spontanée; la contracture avait duré environ six ans.

Cette maladie fut examinée par M. Charcot, et le docteur Bouyer a publié les principaux détails de cette observation dans la *Gazette des hôpitaux* de 1878 et de 1879.

Au sujet des attaques qui se montrèrent très violentes pendant trois mois, l'auteur est assez bref. On y reconnaît cependant quelques traits de notre description.

« Je n'entrerai pas dans le détail de ce que cet enfant nous a présenté dans les trois mois suivants : contractions toniques et cloniques (première période), crises qui occupaient autour d'elle dix ou douze personnes; bonds, sauts, contorsions de toutes sortes; perte absolue de l'ouïe; perte absolue de la vue; contractures en arc de cercle sur le dos, sur le côté et le devant du corps. Enfin tout ce que cette cruelle névrose peut offrir d'inouï et d'extraordinaire, elle nous l'a présenté pendant ces trois mois. »

Dans quelques notes inédites, remises par M. Bouyer à M. Charcot, nous trouvons quelques nouveaux détails : la distinction et la succession des grands mouvements et des contorsions sont parfaitement indiquées :

« Elle était en proie à des crises de convulsions non précédées d'aura (ou du moins je n'en ai pu saisir), et lorsque commençait une crise il fallait à la hâte jeter sur le parquet cinq ou six matelas sur lesquels elle faisait, pendant une demi-heure, des bonds prodigieux; dans *une autre période*, c'était un autre genre de convulsion; son corps s'arc-boutait sur le sinciput et les talons, et on pouvait ainsi la porter. »

Plus loin l'auteur ajoute que vers la même époque, « les fonctions céré-

brales souffrirent aussi, car la jeune fille racontait des visions et des hallucinations qui lui fatiguaient l'esprit. »

Quelque incomplètes que soient ces descriptions, elles suffisent pour montrer que chez cette jeune hystérique, dont la maladie s'est développée isolément dans un coin de la province, les attaques offraient de grandes ressemblances avec celles de nos malades de la Salpêtrière.

Observation LXIII[1]. — *Crises hystériques incomplètes marquées par le tétanisme de la première période, et les grands mouvements de la deuxième période.*

Madame X... arrivait d'Auvergne à Paris le 4 décembre 1871, recommandée au docteur Fleury par le docteur Jardet, de Vichy.

A la suite de violents chagrins domestiques notre malade avait perdu l'appétit. Quelque temps après, survinrent des crises nerveuses, de l'aménorrhée, et les médecins traitants ordonnèrent une application de sangsues sur la région pubienne. A partir de cette époque les crises devinrent plus violentes et plus régulières. Au début de la crise, la malade éprouvait une sensation d'étranglement (boule hystérique), une violente douleur dans la région précordiale; le regard devenait fixe, puis elle tombait, les membres raides. Au bout de trois à quatre minutes, elle se repliait sur elle-même, se débattant quelques instants, puis prenant la position assise, elle se balançait pendant huit à dix minutes. Si l'on intervenait alors par une affusion froide, la crise, cessait, sinon elle continuait durant une demi-heure ou trois quarts d'heure. Après quoi la malade tombait anéantie, accusant une céphalie très intense. Rien du côté du cœur, ni des organes génitaux.

Les deux premières périodes sont ici facilement reconnaissables. La raideur des membres du début de l'attaque appartient évidemment à la *période épileptoïde.* Parmi les variétés de mouvements qui composent la *deuxième période,* nous avons insisté sur le balancement de la partie supérieure du corps qui est indiqué ici.

Observation LXIV[1]. — *Malade d'origine espagnole, soignée à l'institut hydrothérapique de Passy. — Crises hystéro-épileptiques incomplètes, essentiellement composées de phénomènes appartenant à la denxième période. — Arc de cercle.*

Au mois de mai 1872, le docteur Brongniart adressait à l'institut hydrothérapique de Passy madame X..., de Paris.

1. Communiquée par M. Pascal, directeur de l'institut hydrothérapique de Passy, 1871.
2. Communiquée par M. Pascal, 1872.

Cette malade âgée de trente ans, était d'origine espagnole. Réglée à quinze ans, elle avait joui d'une bonne santé, malgré la prédominance marquée du système nerveux. Déjà mère de trois enfants, elle avait fait une fausse couche vingt-cinq jours avant son arrivée à Passy. Elle avait gardé le lit ou la chambre pendant quinze jours et tout semblait devoir se passer très régulièrement, lorsque après une promenade en voiture au bois de Boulogne, une hémorrhagie utérine se déclara. Tout fut employé, mais inutilement, pour avoir raison de cette hémorrhagie. C'est alors que le docteur Brongniart se décida pour l'hydrothérapie.

L'état de la malade se compliquait de crises hystéro-épileptiques biquotidiennes, qui survenaient avec une régularité parfaite à neuf heures du matin et à huit heures du soir. La malade éprouvait un léger malaise, lourdeur de tête, constriction du pharynx. Elle avait le temps de descendre du lit afin de ne pas tomber pendant la crise. Une fois sur le parquet, il y avait quelques secondes de calme, puis quelques mouvements des bras commençaient la grande attaque; ces mouvements étaient suivis bientôt de « l'arc de cercle » et des mouvements du bassin (projection cynique). La crise durait ainsi une heure, deux heures si l'on n'intervenait pas.

La douche avant la crise modifiait celle-ci, elle en abrégeait la durée. Si au début de la crise l'hémorrhagie reparaissait, les convulsions étaient bien plus tôt terminées.

Notre première idée qui avait été aussi celle du docteur Brongniart, fut qu'il y avait une grossesse gémellaire; mais un accoucheur appelé par notre ami, s'étant prononcé contre cette manière de voir, nous n'insistâmes point.

Le traitement hydrothérapique fut institué, et pendant plusieurs jours l'hémorrhagie se trouva supprimée; mais au dixième jour elle reparut.

La *période épileptoïde* ne semble représentée ici que par les grands mouvements des bras qui commençaient la grande attaque; suivaient les phénomènes que nous avons décrits dans la deuxième période : la *contorsion* (arc de cercle) et les *grands mouvements* représentés ici par des mouvements de projection du bassin que nous avons eu l'occasion d'observer si fréquemment chez nos malades.

Observation LXLV[1]. — *Malade de Bar-sur-Aube, soignée à l'institut hydrothérapique de Passy. — Crises hystéro-épileptique. — Prodromes. — Sensation de boule. — Écume à la bouche. — Arc de cercle. — Mouvements de projection du bassin. — Agitation.*

Madame X..., de Bar-sur-Aube, est entrée à l'institut hydrothérapique de Passy le 10 août 1873; cette malade présentait tous les dehors d'une bonne santé. D'un tempérament nervoso-sanguin, elle avait été réglée à dix-sept ans. Elle avait trente-sept ans lors de son arrivée à Passy. Elle était veuve et depuis six mois les époques étaient supprimées.

Dès la suppression des règles étaient survenues de violentes attaques

1. Communiquée par M. Pascal, 1873.

d'hystéro-épilepsie. Effrayés de la première crise, les médecins, dans le but de rappeler les règles, firent appliquer des sangsues à la région pubienne. Cette émission sanguine ne fit que compliquer la situation, les crises se répétèrent et l'anémie se prononça.

Madame X... fut alors adressée à M. Charcot qui conseilla le traitement hydrothérapique.

Chez cette malade le début de l'attaque était marqué par la sensation de boule, une douleur violente du côté de l'utérus, de la raideur des jambes. La malade marchait sur la pointe des pieds jusqu'à ce qu'elle perdît connaissance. Survenait alors un peu d'écume à la bouche. Cette première période durait de deux à trois minutes. Ensuite apparaissaient des mouvements désordonnés avec projection du bassin en avant et position en arc de cercle. Cette attitude de l'arc de cercle était conservée quelquefois pendant plusieurs minutes. Puis elle se répétait un grand nombre de fois, alternant avec l'agitation. Les crises duraient environ trois quarts d'heure.

Au deuxième mois du traitement hydrothérapique, les époques étaient revenues et les crises avaient cessé.

Nous retrouvons là l'écume à la bouche au début de l'attaque comme signe *épileptoïde* puis, comme dans l'observation précédente, les *mouvements de projection du bassin* et l'attitude de l'*arc de cercle*.

Observation LXLVI[1]. — *Jeune malade de Chatou soignée à l'institut hydrothérapique de Passy. — Vomissements incoercibles. — Anorexie. — Crises convulsives précédées de zoopsie, et caractérisées par des phénomènes appartenant à la première et à la deuxième période. — Arc de cercle.*

Mlle X..., âgée de seize ans, venait de Chatou, le 4 octobre 1876, à l'institut hydrothérapique de Passy, pour y être traitée de l'affection que nous venons d'indiquer. Cette maladie, avec les crises qui s'y rattachent, remontait à deux ans. Après avoir essayé sans succès de nombreuses médications, on conduisit la malade à M. le professeur Charcot qui prescrivit l'hydrothérapie.

A son arrivée à Passy, Mlle X... présentait les phénomènes suivants. Vomissements continuels, alimentaires, si la malade essayait de prendre quelque nourriture, purement glaireux si elle s'abstenait de toucher aux aliments (la malade ne se séparait point de son bol destiné à recevoir les vomissements). A des heures fixes, à neuf heures du soir principalement, l'agitation commençait. La malade voyait des animaux, des chiens et des chats ; elle devenait irritable, et invectivait les personne de son entourage. La crise débutait par de la raideur dans la partie supérieure du corps principalement. La tête s'enfonçait légèrement entre les deux épaules, la face un peu de côté, et les lèvres mouillées d'un peu d'écume. Puis les grands mouvements se dessinaient rapidement. Il fallait alors plusieurs personnes très vigoureuses pour la maintenir dans son lit. Elle n'avait point alors d'hallucinations, mais les mouvements de projection du bassin étaient très accusés. Tantôt la malade

1. Communiquée par M. Pascal, 1876.

se plaçait en arc de cercle, tantôt elle conservait quelques instants une attitude bizarre, les mains passées sous les cuisses et les jambes levées perpendiculairement. Souvent alors les membres inférieurs exécutaient de grands mouvements.

Dès les premières applications d'eau froide, les crises se transformèrent. Les mouvements que nous avons décrits furent supprimés pour faire place à une exaspération et à un emportement sans raison.

Nous voyons, dans cette observation les crises présenter nettement accusés les phénomènes qui caractérisent la deuxième période : *convulsions violentes* qu'il est difficile de maîtriser, *mouvements de projection du bassin;* puis *attitudes illogiques variées* (les jambes en l'air), parmi lesquelles on distingue l'*arc de cercle.* Le début de l'attaque est marqué par quelques *phénomènes épileptoïdes* avec *écume* à la bouche. Et la crise était précédée d'une phase d'excitation avec zoopsie, qui rentre dans les troubles intellectuels et sensoriels de la période prodromique.

OBSERVATION LXLVII. — *Hystérie grave. — Troubles nerveux variés. — Crises convulsives caractérisées par des phénomènes appartenant à la deuxième et à la quatrième période. — Arc de cercle.*

M. Pascal a publié dans le *Mouvement médical* 1872, page 203, une observation d'hystérie grave avec aménorrhée, chloro-anémie, alternatives de dyspepsie et de boulimie, état nerveux caractérisé par une nosomanie et une nécrophobie que rien ne peut vaincre, attaques convulsives, etc. La malade, âgée de vingt-cinq ans, était entrée à l'institut hydrothérapique le 6 janvier 1872. Dans cette observation, rédigée plus particulièrement au point de vue de l'action du traitement hydrothérapique qui dans ce cas eut plein succès il est peu parlé de la forme spéciale des accidents convulsifs. M. Pascal a eu l'obligeance de combler cette lacune en nous remettant la note suivante :

« Le 28 mars, vers quatre heures du matin, nous sommes appelé en toute hâte, madame X... est en proie à une attaque d'hystérie des plus violentes, Après s'être couchée comme d'habitude, la malade avait senti vers deux heures une violente douleur à la région précordiale et dans la région de l'ovaire gauche. Elle avait pu alors sonner et appeler la maîtresse d'hôtel. A l'arrivée de celle-ci la malade avait perdu connaissance. On appela aussitôt le docteur Fleury. A notre arrivée, la malade se tordait sur son lit, ramenant sur le bassin les membres inférieurs. Cette position durait de huit à dix secondes; puis s'appuyant sur la nuque et sur les talons, elle prenait la position de l'arc de cercle. Après ces diverses contorsions, la malade reprenait connaissance à demi. C'est alors qu'elle arrachait ses rideaux avec les dents, redoutait la mort plus que jamais et lançait des imprécations contre une personne de sa famille qu'elle n'aimait point. »

Nous notons dans cette attaque, dont le début n'a pu être observé,

les *grands mouvements* et les *contorsions* de la deuxième période, suivis d'une agitation et d'un *délire* qui paraissent rentrer dans les troubles intellectuels qui caractérisent la quatrième période.

Observation LXLXVIII[1]. — *Jeune malade d'Amiens. — Hémianesthésie. — Crises convulsives présentant tous les caractères de la grande attaque hystérique avec ses diverses périodes. — Somnambulisme.*

Mlle Marie X..., âgée de seize ans, arrivait d'Amiens à l'institut hydrothérapique de Passy le 14 mai 1874, pour y être soignée d'une affection hystérique qui depuis six mois ne lui permettait pas de quitter le lit.

Cette jeune malade présentait les phénomènes suivants : hémianesthésie de toute la partie antérieure du corps, plus prononcée à gauche ; pas d'ovarie ; crises hystéro-épileptiformes plusieurs fois par jour ; anorexie ; douleurs cardiaques très violentes ; visions d'animaux, délire vers la fin des crises, somnambulisme. Les crises débutaient invariablement par de la rigidité des membres inférieurs. Cette rigidité gagnait rapidement le cou. Les yeux devenaient fixes, hagards, un léger mouvement de rotation à gauche était imprimé à la tête, l'écume apparaissait aux lèvres, et la malade tombait comme une masse inerte. Au bout de cinq à six secondes, le mouvement d'arc de cercle se produisait, puis l'agitation des membres, et finalement l'attitude passionnelle. La malade était alors assise sur son lit, avançant les bras, appelant son frère ; elle s'agenouillait, joignait les mains ; elle parlait à des animaux. Pendant tout le temps elle accusait une violente douleur dans la région du cœur. Si la malade était laissée à elle-même, la crise durait une ou plusieurs heures. Une accalmie survenait alors et deux ou trois fois par jour la crise recommençait.

Le traitement hydrothérapique appliqué à chaque crise triompha de la maladie. La jeune malade s'est mariée depuis et n'a pas eu la moindre rechute depuis qu'elle a quitté Passy.

Dans cette observation plus complète que les précédentes, nous voyons s'adjoindre aux phénomènes *épileptoïdes* et aux *grands mouvements et contorsions* de la deuxième période, les *attitudes passionnelles* qui caractérisent la troisième période de la grande attaque.

Observation LXLIX[2]. — *Jeune malade de la Meuse. — Contracture de l'œsophage. — Crises périodiques revenant tous les soirs de cinq à sept heures et de neuf à cinq heures du matin, et dans lesquelles on peut reconnaître les principaux caractères des trois périodes de la grande attaque hystérique.*

Mlle X... est entrée le 7 avril 1878 à l'institut hydrothérapique de Passy,

1. Communiquée par M. Pascal, 1874.
2. Communiquée par M. Pascal, 1878.

sur les conseils de M. Charcot appelé en consultation par le docteur Pain. La malade arrive d'une petite ville de la Meuse, elle est âgée de dix-sept ans. Depuis plusieurs années elle a fourni pour ses études et ses examens une somme de travail au-dessus de ses forces. Elle est profondément anémique; depuis plusieurs mois les époques marquent à peine. Ne pouvant avaler librement quoi que ce soit, on a eu recours aux irrigateurs pour la nourrir.

Dès son arrivée à Passy nous prévenons les deux religieuses placées auprès d'elle par sa mère, que l'état de crise se prolongeant pendant huit heures, il faut se mettre en mesure de les combattre : 1° par les applications de glace sur les endroits désignés; 2° par l'enveloppement dans le drap mouillé, fréquemment renouvelé; 3° par l'introduction de lait dans l'estomac, si la crise avait une accalmie.

A ces précautions nous ajoutons celle de placer la malade sur un matelas par terre, afin que, dans ses contorsions, lorsqu'à la forme cataleptique (première période) succédera le désordre des mouvements (deuxième période) et la forme passionnelle (troisième période) de la crise, la malade ne puisse ni s'échapper ni se blesser. Car il faut noter que la crise commençait toujours par un envahissement brusque, la malade tombait comme foudroyée. Cet état durait une ou deux minutes, puis la phase hystéro-épileptique survenait, l'agitation grandissait, la malade prenant appui sur les talons et sur la tête; il était nécessaire de l'envelopper pour pouvoir la contenir. Des cris aigus accompagnaient cette phase de la crise. A cette agitation extrême succédaient les attitudes de la prière, pendant lesquelles la malade lève les yeux au ciel et croise les bras jusqu'à ce qu'un mouvement convulsif du bassin la ramène à la phase précédente ou au réveil, ce qui arrive le plus souvent.

La première crise qui éclata à cinq heures du soir, le jour de l'arrivée de la malade, résista à tous les moyens employés pour l'arrêter. La douche, les courants continus, les courants induits n'apportèrent aucune modification. Le docteur Debove, qui se trouvait présent, essaya la compression ovarienne, mais sans résultat. On se contenta d'employer alors les applications de glace et l'enveloppement. Vers minuit la malade revint à elle. Nous pûmes alors lui faire prendre un verre de tisane amère pour calmer sa soif et deux bols de lait pour la nourrir, mais force nous fut de nous servir pour cela de la sonde œsophagienne et de la poire en caoutchouc. Renouvellement du drap mouillé. Vers deux heures nouvelle intermittence, nouvelle introduction de lait dans l'estomac.

Le lendemain, mêmes prescriptions et trois douches légères. Potages au tapioca, jus de viande et lait. La nuit suivante fut plus agitée encore que la première. La malade ne reprit pas connaissance une seule fois.

Nous continuâmes le même traitement pendant huit jours encore profitant la nuit de toutes les intermittences de la crise pour alimenter la malade.

Nous entrions dans la période des règles. Effectivement le neuvième jour elles se montrèrent, et le calme se rétablit au sein de cet organisme si profondément troublé. Mlle X... quitte l'établissement. Un mois après nous revîmes la malade dans le cabinet de M. le professeur Charcot, les crises n'avaient pas reparu et la déglutition se faisait très bien.

Cette observation si intéressante, en outre des accidents de contrac-

ture de l'œsophage, par la violence et la durée des crises, ne l'est pas moins par la forme que revêtaient les accidents convulsifs et qui ne saurait se rapprocher davantage de la description que nous avons donnée.

Nous y trouvons en effet : la *période épileptoïde* avec son début brusque, le tétanisme et la durée de une à deux minutes; la *deuxième période* avec la tendance à l'arc de cercle, la violence des grands mouvements et les cris; enfin la troisième période avec *l'attitude passionnelle* de la prière ou de l'extase, que nous avons observée plusieurs fois chez Gen...

Observation C [1]. — *Malade de Bourges, soignée à l'institut hydrothérapique de Passy. — Vomissements alimentaires. — Vomissements de sang supplémentaires. — Aménorrhée. — Parésie de tout le côté gauche. — Ovarie à gauche. — Amblyopie et achromatopsie de l'œil gauche. — Insomnie. — Attaques convulsives présentant tous les caractères de la grande attaque hystérique avec ses diverses périodes. — Longues séries.*

Madame X... est âgée de vingt-sept ans: elle a été mariée à vingt et un ans; la santé à été bonne jusqu'en 1866, elle a été réglée à quinze ans. Elle est d'un tempérament nerveux très prononcé. Depuis l'âge de onze ans elle a toujours eu des pertes blanches. En 1871 elle contracta les fièvres paludéennes qui durèrent pendant dix-huit mois et délabrèrent un peu sa constitution. En 1868, après huit mois de mariage, retard de six semaines dans les règles, hémorrhagie utérine, fausse couche probable. Etat nerveux de plus en plus prononcé, puis crises nerveuses avec perte de connaissance. Pendant quatre ans, ces crises n'ont pas été trop fréquentes et ne se sont reproduites que cinq fois. A partir du mois d'août 1873, les crises se succédèrent avec rapidité. En moins de cinq semaines elle en eut vingt-cinq ou vingt-sept, aussi violentes les unes que les autres, elle passait de six à sept heures sans connaissance. L'estomac ne supportait plus rien, une cuillerée à café de bouillon de poulet suffisait pour amener au bout d'une demi-heure, une crise de plusieurs heures. Le refus absolu de toute nourriture parut à madame X... la solution la plus rapide pour sortir de cet état intolérable : aussi pendant quinze jours elle ne fut nourrie que de petits glaçons roulés dans du sucre.

Une consultation de médecins eut lieu; leur opinion fut qu'il fallait soutenir la malade au moyen du malaga et de la viande crue. Les aliments liquides étaient plus difficilement supportés que les aliments solides, mais les uns et les autres amenaient des vomissements. A cette époque les règles se supprimèrent presque complètement, et survinrent alors des vomissements de sang supplémentaires.

1. Cette observation a déjà été publiée dans le *Moniteur de la santé*, n° 2, mars 1874. Nous n'en donnons ici qu'un résumé, accompagné de détails nouveaux que nous a donnés M. Pascal sur la forme des attaques convulsives.

On recourt à l'hydrothérapie après avoir essayé des différents emménagogues.

La malade prend dix-huit douches en pluie. La leucorrhée augmente, les crises nerveuses aussi, la vue se trouble, l'œil gauche ne perçoit plus les couleurs.

« On combat toujours les crachements de sang par les sangsues appliquées après chaque époque.

» Les forces de la malade n'ont pas diminué en proportion de la violence des crises, dont l'une a duré une journée entière. Après cette crise et durant quelques moments, madame X... n'y voyait plus du tout, quoique ayant les yeux tout grands ouverts, en plein jour. »

Tel est le résumé du journal tenu par la mère de la malade jusqu'au moment où, suivant la prescription de M. Charcot, celle-ci se décide à se faire soigner à l'institut hydrothérapique de Passy.

A son entrée (mai 1873), l'état de la malade peut se résumer ainsi : appétit nul; vomissements alimentaires; vomissements de sang supplémentaires; aménorrhée; pertes blanches; rien de particulier du côté des organes génitaux; parésie de tout le côté gauche, ovarie à gauche, amblyopie et achromatopsie de l'œil gauche; le sommeil fait totalement défaut et les crises avec perte de connaissance continuent chaque jour avec une régularité désespérante.

Sous l'influence du traitement hydrothérapique (deux fois par jour : douche générale en éventail de 5 à 10 secondes d'abord, de 30 secondes plus tard; douche plantaire, douche hypogastrique et douche filiforme sur le côté gauche, et principalement sur la région ovarique; suppression absolue de la douche en pluie), l'appétit s'améliore un peu, mais les crises continuent; elles ont lieu le soir vers sept heures.

Lorsque la crise se déclare avant qu'on ait eu le temps de placer la malade sous la douche, nous recourons à l'électricité pour la sortir de cet état. L'application est heureuse; tout d'abord, par le choc électrique au moyen de l'appareil Gaiffe, la crise est interrompue.

Les crises se ressemblent toutes et offrent les caractères suivants.

Elles ont comme accident initial, tantôt — et le plus souvent — de violentes contractions utérines, suivies bientôt d'une douleur intense de l'ovaire gauche, douleur qui va s'irradiant vers la hanche; tantôt une douleur dans la région épigastriqne, la région précordiale et dans la tête. La malade, sentant l'invasion du mal, essaye de lutter, disant : « Non, je ne veux pas être malade. » Puis l'attaque débute brusquement par la perte de connaissance et une raideur tétanique de tout le corps, qui dure de cinq à dix minutes; la tête se tourne de côté. A cette immobilité succède une agitation extrême accompagnée de cris perçants, il y a des soubresauts violents, la malade rejette la tête en arrière, les mains se crispent. Les bras et les jambes s'agitent en l'air et sont animés de mouvements si violents que la femme de chambre ne parvient à maîtriser la malade qu'en s'asseyant sur ses genoux. — Ensuite surviennent des attitudes de frayeur, le facies devient horrible, la face est rouge et les yeux injectés.

Enfin la malade retombe dans l'immobilité tétanique qui inaugure une nouvelle crise. — Les attaques se succèdent ainsi pendant sept à huit heures. Tant que dure la crise, la malade est complètement insensible aux accidents extérieurs. Le choc électrique ou la douche ont seuls le pouvoir d'enrayer les convulsions et de ramener la connaissance. L'insensibilité cutanée persiste

encore lorsque la malade est revenue à elle-même. Les contractures de la main gauche ne cèdent qu'assez longtemps (une heure) après que la crise est finie.

La crise la plus effrayante que j'aie observée eut lieu le 8 juillet, par une soirée très chaude. M. X..., son mari, était venu la voir. A peine couchée, la douleur ovarique se fait sentir, puis la douleur précordiale et la douleur céphalique, suivies de claquement de dents, précurseurs de la crise; enfin la rigidité complète survient. Tout cela en moins de temps qu'il n'en faut pour raconter le fait. M. X... d'accourir à l'institut hydrothérapique. Aussitôt que l'électricité eut quelque peu rendu à la malade la liberté de ses mouvements, on la fit sortir du lit. Je demandai de l'eau très froide, et celle d'un puits qui se trouve dans la maison fut indiquée par la malade elle-même. On put alors faire une friction générale qui mit fin à cet état. Cette fois la malade était en proie à des accès de suffocation bien faits pour alarmer ceux qui ne connaissent point ces maladies, et pour leur faire prendre la lancette.

Au bout de deux mois de traitement hydrothérapique suivi assidûment, on vit tous les symptômes s'amender. La santé générale était bonne. Les grandes attaques avaient disparu. Il ne restait plus, comme au début de la maladie, que de violentes contractions utérines, déterminant encore des malaises, mais n'entraînant plus la perte de connaissance, ni la même rigidité. Ces crises, d'ailleurs, étaient de peu de durée.

Bien que le col utérin ne présentât rien d'anormal, m'inspirant de l'enseignement de Fleury, je fis alors sur le col même quelques petites cautérisations ponctuées au fer rouge. Dès la première cautérisation les crises furent supprimées, les crampes utérines disparurent presque complètement. Une seconde cautérisation, pratiquée trois semaines après la première, mettait fin à cet état de souffrances et d'angoisses dans lequel madame X... vivait depuis si longtemps. Le 8 novembre, madame X... quittait l'institut hydrothérapique. La guérison s'est maintenue jusqu'en mars 1874. Les vomissements supplémentaires reparurent. Elle eut de nouvelles crises que nous n'avons pas été à même d'observer.

Cette malade arrivait de Bourges pour consulter à Paris et se faire traiter à Passy. La longue série d'accidents qui marquent sa maladie appartiennent à l'hystérie grave, et les attaques convulsives ont présenté les caractères que nous avons décrits : phénomènes *épileptoïdes* au début, — puis *grands mouvements et contorsions* (*arc de cercle*); en troisième lieu, *attitudes de frayeur*. — Les attaques ainsi composées se reproduisaient par séries d'une durée fort longue. Enfin, à la suite des attaques on a observé quelques-uns des troubles qui rentrent dans la quatrième période : anesthésie, contracture de la main gauche, amaurose passagère, etc.

M. Pascal a publié dans la *Santé publique*, l'observation d'un jeune homme de vingt ans atteint de « grande hystérie caractérisée par des attaques complètes, par une hémianalgésie du côté droit, des zones hyperesthésiques, un affaiblissement parétique du côté droit ». Le diag-

nostic fut porté par le Dr Bourneville qui vit le jeune malade et conseilla le traitement hydrothérapique. Les crises sont ainsi décrites par M. Pascal.

Observation CI[1]. — « Un instant de malaise, chute du malade tombant sur le parquet comme foudroyé ; un instant de repos, puis la position en arc de cercle, qui précédait de peu les mouvements désordonnés des jambes et des bras ; perte de connaissance absolue.

» Et comme chez les malades de la Salpêtrière et d'autres lieux, car l'hystérie règne sur de nombreux sujets, les mêmes phénomènes se reproduisaient jusqu'à lassitude complète et cessation de la crise.

» La crise revenait chaque soir à neuf heures et durait jusqu'à dix heures. »

Le traitement hydrothérapique eut bientôt raison de la maladie.

Observation CII[1]. — *Hémianesthésie gauche. — Ovarie gauche. — Dyschromatopsie. — Parésie des extrémités. — Contractures passagères des membres. — Crises convulsives présentant les quatre périodes de la grande attaque.*

Mademoiselle X., âgée de quinze ans et demi, grande et vigoureuse, née à Moscou (Russie), est atteinte d'hystérie à forme convulsive.

Voici ce que nous avons constaté :

Une demi-heure et parfois immédiatement avant l'attaque, apparaît l'*aura hystérique :* ovarie gauche, douleur s'irradiant vers l'épigastre, accélération des battements du cœur, sensation de constriction à la gorge, sifflements dans l'oreille gauche, battements dans la tête, puis perte de connaissance. La malade n'entend plus, ne sent plus, ne voit plus, ne parle plus.

Après un temps variant entre trois et cinq minutes, commence l'attaque.

1° L'inspiration devient légèrement sifflante, la face est quelque peu colorée, après avoir été pâle; il y a immobilisation du corps et des membres.

Les paupières sont fermées; les yeux sont en strabisme interne. Il n'y a pas protrusion de la langue. Légère salive à la bouche. *Phase tonique.*

Bientôt apparaît la phase *clonique.* Les paupières battent légèrement, puis énergiquement; la face, portée entièrement à gauche, est animée de petits mouvements rapides, brusques, saccadés, et la figure devient grimaçante. Ces oscillations d'abord brèves et comme hachées s'accentuent, s'étendent aux membres supérieurs et inférieurs et gagnent toutes les régions du corps. *Phase clonique.*

Après deux ou trois minutes, ces secousses ne tardent pas à diminuer, puis à cesser, et la *phase de résolution* se montre. Les muscles se relâchent, la face redevient pâle, la respiration reste un peu bruyante, sans être stertoreuse.

1. *Journal de la Santé publique,* année 1883, n° 30, p. 5.

2. Cette observation et les suivantes (jusqu'au n° CXI inclusivement) sont dues à l'obligeance du Dr Thermes. Au courant des travaux antérieurs de M. Charcot et de nos études actuelles, M. Thermes a pu recueillir ces faits intéressants avec un soin et une entente du sujet qui rendent inutile tout commentaire.

2° Après un calme de une à deux minutes, quelquefois trois, commence la période des *contorsions* et des *grands mouvements*.

Les mains et les pieds sont fortement fléchis, portés en dedans, les doigts sont crispés, tordus ou dans l'extension complète; les orteils sont tantôt dans l'extension, tantôt dans la flexion; les avant-bras se fléchissent sur les bras, soit en supination, soit en pronation; les bras exécutent des mouvements de rotation en dedans et en dehors autour de l'épaule; les jambes sont fortement fléchies sur les cuisses, celles-ci sur le bassin, ou bien les extrémités inférieures se mettent dans une extension forcée; les mâchoires se resserrent, les dents claquent ou grincent, la face grimace.

Puis ont lieu les *grands mouvements* ou la phase de clownisme. Tantôt c'est la tête qui est baissée jusqu'au niveau des genoux et renversée brusquement en arrière, tandis que les pieds, les jambes et les cuisses se recourbent et sont lancés en arrière, puis fortement projetés en avant; tantôt c'est le corps qui, vigoureusement soulevé dans son milieu et recourbé en arc de cercle, ne porte que sur le sommet de la tête ; parfois c'est le buste que l'on voit projeté, soit en avant, soit en arrière ; et ces différents mouvements s'accompagnent de petits cris aigus, stridents et brefs.

Parfois, enfin, c'est une sauterie cadencée, allant graduellement *crescendo* et se terminant par un frappement énergique des pieds sur le sol.

Dans cette phase, le délire est généralement commencé, mais il arrive cependant que la malade a parfois conscience de ses actes et de ses mouvements, qu'elle ne peut dominer que momentanément, auquel cas sa crise s'accentue et ses grands mouvements ne sont que plus accusés.

3° La période d'*attitudes passionnelles* manque souvent; quand elle se présente, elle revêt un léger caractère érotique, mais elle n'est qu'esquissée.

4° Lorsque la connaissance revient, que la malade a plus ou moins conscience du sentiment du monde réel, elle a des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Elle entend des voix d'hommes, ceux-ci sont vêtus de rouge et semblent grimper le long des arbres pour pénétrer dans la chambre. Elle voit encore des souris grises qui s'approchent de son lit, et les entend chanter. Cette zoopsie est presque constante. Il n'y a ni pleurs ni rires; il existe une certaine mélancolie.

Cette attaque durait un quart d'heure à vingt-cinq minutes, selon que la compression ovarienne était faite ou non ; elle laissait après elle des contractures partielles des membres ou une parésie très marquée.

Il n'y a pas eu immixtion de phénomènes étrangers (somnambulisme, extase, catalepsie) ; mais parfois, et indépendamment de toute crise, il y a eu de la catalepsie provoquée par le regard fixé sur la lumière d'une bougie.

OBSERVATION CIII. — *Hystérie. — Hyperesthésie ovarienne gauche. — Parésie des membres supérieurs et inférieurs. — Contracture passagère des pieds. — Hémianesthésie gauche. — Dyschromatopsie gauche. — Aphonie incomplète et passagère, etc.*

Mademoiselle X., âgée de quinze ans, née aux États-Unis de Colombie (Vé-

1. Dr Thermes (1879).

nézuéla, Amérique méridionale), est atteinte d'hystérie à forme convulsive. Jeune fille forte, bien développée, bonne santé habituelle.

Prodromes de l'attaque : malaise, anorexie, quelquefois vomissements.

Avant l'attaque, *aura hystérique :* douleur partant du côté gauche de la vulve. Puis les irradiations ascendantes s'accusent.

L'épigastre devient sensible et la malade y éprouve comme un serrement ; les battements cardiaques s'accélèrent ; une sensation de globe ou de boule est ressentie à la gorge ; les oreilles, et principalement l'oreille gauche, bourdonnent ; la vue s'obscurcit à droite, à gauche il y a achromatopsie complète ; la tempe gauche bat douloureusement, l'on dirait qu'elle reçoit des coups de marteau. Puis, tout à coup, la jeune fille pâlit, incline la tête à gauche et perd connaissance. L'attaque est commencée :

1° Il existe une raideur semi-tétanique du tronc et des membres. La face reste pâle, elle n'est ni tuméfiée, ni violacée ; il n'y a point d'écume à la bouche, les mâchoires sont serrées. Les paupières sont fermées ; si on les écarte, on trouve les yeux fortement portés en strabisme divergent, les conjonctives légèrement hyperesthésiées.

Bientôt, à cette phase *tonique* succède une phase *clonique.* Les paupières battent légèrement, les muscles de la face sont animés de petits mouvements rapides et saccadés, le corps est agité de faibles secousses, commençant par les membres supérieurs, puis inférieurs, et se généralisant dans toutes les parties du corps.

Mais les muscles ne tardent pas à se relâcher, et après cette phase de *résolution,* qui dure de deux à trois minutes, la malade, sans coma, sans respiration stertoreuse, entre dans la période de *contorsions* et de *grands mouvements.*

2° Les membres supérieurs sont pris de mouvements lents : le bras est porté tantôt en avant et en dehors, tantôt en arrière ; puis c'est l'avant-bras qui est fléchi sur le bras ou au contraire étendu ; c'est la main qui est fléchie sur l'avant-bras, s'incline en dedans, de l'adduction passe à l'abduction et de la pronation à la supination ; enfin, ce sont les doigts, dont les phalanges sont fléchies les unes sur les autres, celles-ci sur les métacarpiens, la seconde rangée du carpe sur la première, le poignet sur l'avant-bras ; ce sont encore les doigts, dont les uns sont dans la flexion, tandis que les autres restent dans l'extension : toutes ces attitudes variant à l'infini, tous ces mouvements s'exécutant avec une certaine rapidité, sans être toutefois précipités.

Au tronc, ce sont des mouvements plus étendus de flexion et d'extension, quelquefois de torsion, sans être désordonnés.

Quant aux membres inférieurs, on voit la cuisse fléchie sur le bassin et la jambe sur la cuisse, parfois tout le membre est étendu ; les orteils sont fléchis ou encore le pied prend l'attitude de l'*équin varus.*

Durant ce temps les paupières battent, mais laissent les yeux fermés ; ceux-ci, lorsqu'on les examine, sont animés de mouvements saccadés et restent en strabisme convergent ; le visage est moins pâle, mais à peine coloré, il y a des tressaillements des muscles élévateurs de la mâchoire. C'est la phase des *contorsions.*

Elle dure à peine deux ou trois minutes, et voici qu'apparaissent les *grands mouvements.*

Les membres sont agités de mouvements rythmiques, mais rapides et à

grandes oscillations ; les doigts sont écartés et rappellent le geste de la *jettatura*. Le corps se courbe et se recourbe en arc de cercle, le bassin est fortement projeté en avant, les paupières sont tour à tour fermées et ouvertes, et laissent entrevoir des yeux hagards et injectés, le visage grimace parfois et la face se colore.

3° Mais la scène change et les *attitudes passionnelles* apparaissent.

Tantôt debout, dans la pose du gladiateur antique, elle semble attendre résolument un ennemi ; tantôt, au contraire, elle s'élance sur lui, l'attaque, le frappe et cherche à le terrasser ; puis elle s'arrête, le regard plein de colère et de vengeance ou de satisfaction ; parfois elle se couche comme fatiguée, mais bientôt elle se relève rapidement, et la lutte recommence quatre, cinq fois de suite, jusqu'à ce que l'ennemi soit vaincu. Ici, c'est un matelas qu'elle frappe, qu'elle plie, replie, sur lequel elle s'élance, qu'elle piétine avec courroux, et finit par lancer violemment dans l'espace.

4° Enfin ces mouvements, ces attitudes passionnées, ces poses plastiques réprésentant exactement les idées qui assiègent l'esprit de la malade, cessent ; la malade se laisse tomber sur son lit, comme accablée ; elle ferme alors les yeux, gémit, se plaint quelquefois et pleure ; ou bien elle se lève en sursaut, se jette de côté comme si elle avait vu quelque chose qui l'eût effrayée. En effet, ce sont des *hallucinations* qui se présentent, c'est la période de *délire post-hystérique*, la période des *hallucinations ;* la malade a de la zoopsie, elle voit des animaux, des *perroquets*, et principalement des *singes*, toujours du même côté, à gauche.

Toutes ces périodes durent un quart d'heure à vingt minutes. Elles se succèdent et se renouvellent parfois de façon à amener un état de mal hystérique. Dans ce cas, elles laissent après elles et momentanément les phénomènes suivants :

La malade ne voit pas, elle ne parle pas, elle n'entend pas ; il lui est impossible de se lever, il y a contracture des extrémités inférieures, ou bien, si elle se lève, elle marche avec peine et à l'aide de deux personnes ; il y a parésie des extrémités inférieures. Après un temps variable, une demi-heure à une heure, la malade commence à voir les objets et les personnes ; mais il y a, du côté gauche, de l'amblyopie, de la dyschromatopsie, presque de l'achromatopsie, puis l'ouïe revient ; enfin c'est au tour de la voix et de la parole. Celle-ci est d'abord lente et difficile, mais bientôt les mots sont nettement articulés ; seulement la malade ne parle plus qu'anglais, elle ne peut prononcer un seul mot d'espagnol ni de français. Enfin la mémoire revient complètement, la malade reparle les trois langues et reprend son état habituel.

Observation CIV [1]. — *Hystérie. — Légère ovarie droite. — Attaque convulsive composée des quatre périodes.*

Mademoiselle X..., âgée de seize ans, grêle, de taille moyenne, lymphatique, née à Constantinople (Turquie), est atteinte depuis deux mois et demi d'hystérie à forme convulsive.

1. Dr Thermes (1878).

Certains phénomènes prodromiques (malaise, vertige, mélancolie) annoncent l'attaque.

Un peu avant l'attaque apparaît l'*aura ;* pas de douleur ovarienne proprement dite ; sensation de constriction à l'épigastre, de boule serrant le cou, bourdonnements dans les oreilles, obnubilation de la vue, battements dans la tête analogues à de petits coups de marteau. Puis, perte de connaissance.

1° Immobilité tétanique du corps, pâleur de la face, paupières fermées. Respiration courte, lente, inspiration sifflante. Très légère salivation. Quelques mouvements légers apparaissent sur la face et dans les membres.

A cette phase *tonique* succède une phase nettement *clonique*. Des mouvements saccadés et courts animent les muscles de la face, les mouvements de circumduction des membres supérieurs se dessinent. Le corps est parfois agité de secousses régulières mais rapides, parfois au contraire il existe de petites oscillations brèves et saccadées. Celles-ci cessent bientôt et la malade tombe dans la *résolution* et le calme.

2° Cet entr'acte est suivi d'une période de *convulsions* et de *grands mouvements*. Ce sont des arcs de cercle, de grandes salutations, des oscillations rapides et étendues d'une partie du tronc et des membres inférieurs.

3° Ces mouvements, accompagnés de délire, sont suivis d'*attitudes passionnelles ;* il y a des gestes d'effroi, certaines poses plastiques, des paroles entrecoupées et indiquant la lutte et l'effroi. Parfois, il n'y a qu'une esquisse de cette période, et même elle manque assez souvent.

4° Le délire post-hystérique se traduit par des hallucinations de la vue et principalement de l'ouïe. La malade paraît endormie, mais tout à coup elle se met brusquement sur son séant, regarde effarée et prête l'oreille. Elle a vu des personnages imaginaires, elle a entendu des cris d'animaux, mais elle ne les désigne pas. Enfin la scène finit par des pleurs plus ou moins abondants, et le reste de la soirée se passe dans une attitude *indiquant la mélancolie.*

Observation CV [1]. — *Hystérie chez un jeune garçon. — Chorée rythmique. — Hémianesthésie gauche. — Dyschromatopsie — Attaque convulsive composée des quatre périodes.*

M. X..., âgé de onze ans, né à New-York (États-Unis), présente les symptômes suivants :

Avant l'attaque se montre l'*aura hystérique*, consistant en : douleur au pli de l'aine gauche (le petit malade est monorchide droit, le testicule gauche est encore dans le canal inguinal), épigastralgie, constriction à la gorge, sifflements dans les oreilles, obnubilation de la vue, battements dans la tête, puis perte de connaissance.

1° La période qui suit cet état est caractérisée par de la raideur du corps, de la rougeur de la face, de la fixité du regard ; les pupilles sont dilatées, les conjonctives hyperhémiées.

Ensuite apparaissent des mouvements rapides et grimaçants de la face, des oscillations des membres supérieurs et inférieurs et gagnant tout le corps.

1. Dr Thermes (1879).

Ces mouvements cloniques sont suivis de la *résolution* et du relâchement des muscles.

2° Après une à deux minutes de calme, le petit malade grimace, contourne ses membres, crispe ses doigts; puis il s'agite, jette les jambes à droite et à gauche, projette fortement son corps en avant, le recourbe en arc de cercle, ou bien, si on le laisse dans le jardin, il court à droite et à gauche en faisant des cercles concentriques et en poussant des cris stridents et prolongés. Ces *contorsions* suivies de *grands mouvements* ne tardent pas à disparaître.

3° Les attitudes passionnelles se montrent. Tantôt ce sont des poses comme pour lutter ou se défendre, tantôt c'est celle d'un prédicateur; mais elles durent à peine et la période de délire et des hallucinations commence.

4° Le petit malade ne voit pas d'animaux, mais il entend des bruits de pas, et voit des soldats jouant de la musique. D'autres fois ce sont les tambours qui battent aux champs. Mais le délire s'accentue, le jeune X... se met à prêcher, à pérorer. Puis tout rentre dans l'ordre, et le malade n'a plus qu'un vague souvenir de ce qui vient de se passer.

Observation CVI[1]. — *Hystéro-épilepsie. — Hémianesthésie et achromatopsie gauche. — Attaque convulsive composée des quatre périodes, etc.*

Mademoiselle J..., âgée de dix-huit ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, a été réglée à quatorze ans et a eu habituellement une bonne santé.

En 1875, à la suite de légères émotions, elle se plaignit de gastralgie, et l'on constata, en outre, de la dysménorrhée; puis apparurent quelques manifestations hystériformes : susceptibilité de caractère, pleurs faciles, émotivité, etc.

Une médication assez variée et le séjour à la campagne parurent améliorer la malade; mais bientôt les symptômes nerveux s'accentuèrent, l'articulation coxo-fémorale gauche présenta de la gêne des mouvements, de la raideur, de la douleur; l'irritabilité nerveuse ne fit qu'augmenter; puis, un jour, il y eut syncope et attaque convulsive.

Il s'agissait donc d'une hystérie avec pseudo-arthropathie coxo-fémorale gauche, et voici ce que l'examen de la malade nous révèle (mai 1877) :

L'articulation coxo-fémorale gauche est le siège de contractions musculaires douloureuses; la douleur siège au niveau de l'article, y a son maximum d'intensité, et entraîne par suite une immobilité relative, mais pas de déviation. Il n'y a pas d'arthrite ni de périarthrite; c'est une pseudo-arthropathie d'origine nerveuse, une coxalgie hystérique, selon la dénomination de Robert, de M. le professeur Verneuil; c'est l'hyperesthésie articulaire de Brodie (hyperhémie vaso-motrice des articulations).

A la région abdominale gauche, aux limites extrêmes de la région hypogastrique et un peu au-dessus du détroit supérieur, il y a hyperesthésie, et cette douleur qu'il faut rechercher par la pression est limitée à l'ovaire (ovaralgie); car partout, dans la zone correspondante et voisine, il y a anesthésie. Celle-ci existe sur la moitié du corps (hémianesthésie), sauf dans cer-

1. Dr Thermes.

tains points de l'articulation coxo-fémorale, où, nous l'avons dit, se trouve un îlot dont la sensibilité est exagérée (hyperesthésie). Il y a cependant des jours où cette région est insensible comme le reste du côté gauche. Cette anesthésie est complète, sensorielle et sensitive; en effet rien n'est apprécié par la malade, ni la douleur (*analgésie*), ni le chatouillement (*anesthésie au contact*), ni la température (*thermo-anesthésie*). Le nerf olfactif gauche ne perçoit pas les odeurs (*anosmie*); l'ouïe du même côté est affaiblie (*hypocousie* ou *hypocophose ;* la vision est diminuée dans l'œil gauche (*amblyopie*) et il y a également *achromatopsie*, c'est-à-dire rétrécissement concentrique du champ visuel pour les couleurs.

L'hémianesthésie coïncide avec une pâleur relative de la peau et un abaissement de la température du côté correspondant; 31°, 7 à gauche, 34°, 8 à droite.

De plus, des troubles fonctionnels s'ajoutent à ces phénomènes. Tantôt il y a des vomissements, tantôt de la diarrhée; parfois, c'est une hémoptysie légère coïncidant avec de la dysménorrhée et quelquefois avec de l'aménorrhée (règles déviées), ou bien il y a de l'ischurie; enfin c'est de temps à autre une salivation abondante ou encore une sécrétion exagérée s'écoulant de la narine gauche, troubles évidents de l'innervation vaso-motrice.

A ces différents troubles prodromiques s'ajoutent avant l'attaque les phénomènes de l'*aura hysterica*. La malade éprouve une sensation douloureuse mais complexe, s'irradiant vers l'épigastre, le cœur, le cou, l'oreille gauche, la région temporale et l'œil du même côté. Faisons-nous analyser ces sensations subjectives, nous apprenons qu'elles sont caractérisées à l'ovaire par de la douleur, à l'épigastre par des nausées, au cœur par des palpitations, au cou par une constriction et par la sensation d'un globe, à l'oreille par un bruit de sifflet, à la tempe par des coups de marteau, à l'œil par une obnubilation de la vue.

Ce sont, on le voit, les irradiations constituant les différents nœuds de l'*aura*.

Puis commence l'attaque spontanée hystéro-épileptique :

A. *Période épileptoïde*.

Tout d'un coup, et sans cri, la jeune fille tombe sans connaissance, fait quelques mouvements remplacés par une raideur et une immobilité tétaniques (*phase tonique*).

Si l'on analyse ces deux phases toniques, l'on voit dans celle accompagnée de mouvements les phénomènes suivants :

La tête raide, renversée en arrière et par côté, fait saillir le cou gonflé. La face, tout d'abord pâle, se congestionne légèrement, le front est plissé; les paupières battent par petits mouvements saccadés; relevées, elles laissent entrevoir les yeux en strabisme convergent; les pupilles sont dilatées, les conjonctives sont hyperhémiées, le nez est ridé et pincé, les mâchoires sont assez fortement serrées, la bouche à peine entr'ouverte laisse passer une salive spumeuse. La physionomie est grimaçante dans son ensemble.

La respiration est ralentie, l'abdomen est soulevé, et ce soulèvement coïncide avec de profondes inspirations, puis cette inspiration s'entend à peine et s'arrête.

Les membres ont de véritables convulsions toniques : ce sont de grands

mouvements de circumduction, ayant lieu des deux côtés, faisant tour à tour fléchir et étendre les bras et les jambes.

Après les convulsions toniques apparaît le tétanisme. La malade est dans l'extension et le décubitus dorsal, on peut presque la soulever tout d'une pièce. La tête est toujours renversée en arrière, le cou plus gonflé, la face plus congestionnée, sans être cyanosée, avec les traits contracturés; une écume plus abondante baigne les lèvres.

Les membres sont dans l'extension, le poing est fermé, les pieds sont en varus équin.

Cette immobilité tétanique se résout rapidement et fait place à la *phase clonique*.

De petites trépidations envahissent le corps immobile, de brèves oscillations s'élargissent et font place à des secousses assez accentuées qui agitent les membres, la face, la tête et prédominent à gauche. Puis ce corps, ou cette moitié de corps, comme électrisé, rentre dans le calme; il y a graduellement résolution musculaire, et ces deux phases n'ont duré qu'environ deux minutes et demie.

Dans cette *phase de résolution*, la malade est couchée sur le dos, la tête est fléchie sur le côté gauche, le visage a perdu de sa coloration, les yeux restent fermés, la bouche légèrement entr'ouverte laisse échapper de la salive, et l'on entend respirer bruyamment la malade.

B. *Période des contorsions et des grands mouvements.*

Après un moment de calme de deux à trois minutes, et comme si la malade économisait ses forces pour mieux les dépenser tout entières, l'on voit tout d'un coup ce corps immobile se contorsionner, puis se courber en arc de cercle, le ventre météorisé au sommet et les pieds et la tête aux extrémités de l'arc et comme points d'appui. La face asymétrique est surtout grimaçante, les yeux sont ouverts et fixes, les sourcils froncés, la bouche légèrement ouverte laisse voir la pointe de la langue; il n'y a pas d'écume. C'est plutôt la contorsion grimaçante des clowns que l'image des possédés.

Cette *attitude illogique* (Charcot) dure trois à quatre minutes; elle se modifie parfois; puis, sans transition, cette *phase de contorsion* fait place à celle des *grands mouvements*. Tout d'un coup, un cri strident est poussé, la tête qui portait sur le lit, par un mouvement rapide, vient retrouver les genoux; puis se rejetant violemment en arrière et servant cette fois de point d'appui, la malade, arc-boutée des pieds et de la tête, lance son corps dans l'espace, formant ainsi un arc de cercle à convexité abdominale; puis elle rejette violemment sur le matelas les jambes rapprochées, et recommence cet exercice de *clownisme* avec une rapidité et une *furia* étonnantes. Parfois, c'est la tête et un seul pied qui s'arc-boutent, tandis que le corps forme un arc à concavité antérieure et que l'autre jambe s'élève, le pied tendu montrant l'espace.

Durant cette période, la perte de connaissance ne paraît pas complète ; il nous a même été donné de constater, une fois ou deux, par les réponses de la malade, que celle-ci n'avait point perdu toute notion du monde extérieur. Mais peut-être y avait-il alors de l'hallucination.

C. *Période des attitudes passionnelles.* La malade est encore en mouve-

ment et en contorsion quand on voit sa physionomie changer d'expression, tour à tour son visage exprime une douce gaieté ou la tristesse; ces hallucinations gaies et tristes se succèdent, s'entremêlent et correspondent, ainsi que l'apprend plus tard la malade, à certains faits de sa vie. Toute cette phase disparaît par la compression de l'ovaire ou bien par l'administration d'une douche. Mais il n'y a pas seulement chez cette malade des hallucinations gaies et tristes : celles-ci s'accompagnent d'attitudes, de *poses plastiques* (Charcot) qui varient selon que la physionomie peint la tristesse ou reflète la gaieté. Ainsi tantôt elle est agenouillée, les mains jointes, dans l'attitude de la prière tantôt assise, les jambes étendues, la tête penchée et les bras croisés, elle semble révéler une tristesse réfléchie.

D. *Période de délire*. La malade a repris ses sens, mais incomplètement, et la phase d'hallucinations a laissé une empreinte délirante qui ne s'efface que graduellement en présentant des marques rappelant celles du début.

C'est un délire calme accompagné d'hallucinations; délire religieux pendant lequel des voix d'anges se font entendre l'appelant au ciel. Alors la malade paraît en extase et chante des cantiques. Puis apparaît le délire triste et mélancolique. Elle se plaint de ses parents et voit des hommes rouges qui la saisissent du côté gauche et l'emportent en enfer. Alors elle pousse un cri, gémit et pleure. Et l'attaque est terminée, après une durée moyenne de vingt-cinq minutes.

La malade est revenue à elle, elle a recouvré entièrement la connaissance, mais ce n'est que graduellement qu'elle reconnaît les personnes qui l'entourent; de plus, il reste une contracture partielle du pied gauche (varus équin) avec parésie des extrémités inférieures. Cela dure parfois quatre à cinq heures, d'autres fois, un mouvement convulsif du bassin se dessine tout d'un coup immédiatement après cette période de délire; c'est l'annonce, le début d'une attaque semblable à la première et bientôt suivie d'une autre. Elle est alors *en état de mal hystéro-épileptique*.

OBSERVATION CVII[1] — *Hystéro-épilepsie. Prédominance de l'attaque épileptoïde.*

Madame X.... âgée de quarante et un an, est atteinte depuis cinq ans d'hystéro-épilepsie. Quelques troubles des fonctions digestives (gastralgie) et de la motilité (parésie des membres inférieurs) préludent: mais le prodrome le plus immédiat consiste en une ovarie gauche, *aura* s'irradiant peu à peu à l'épigastre, au cœur, au cou, à la tempe, ou aux oreilles et à l'œil gauche. La douleur ovarienne s'exaspère, et spontanément, par les seuls progrès de ce flot montant, la malade perd connaissance. L'attaque commence (décembre 1878):

Première période. — La malade reste dans la position où elle a été surprise par l'attaque; elle est en général dans l'extension, la tête renversée en arrière. Le corps est tendu et rigide. Les paupières sont closes, et quand on les ouvre, l'on voit les yeux en strabisme convergent et convulsés en haut. La respiration est régulière, mais faible (*phase tonique*).

1. Dr Thermes (1879).

Mais bientôt le tétanisme disparait, les membres et plus spécialement le côté gauche sont pris de trépidations, d'oscillations courtes et rapides, la tête s'agite également; la face reste légèrement congestionnée, elle est animée de brèves contractions, de légères secousses se succèdant pour ainsi dire sans interruption ; les paupières et les yeux participent à ces mouvements convulsifs; la bouche est agitée d'une série de petites secousses qui la font s'ouvrir et se fermer tour à tour, et la salive apparaît sous forme de petites bulles qui éclatent ou se résolvent en écume plus ou moins abondante.

La respiration faible devient plus bruyante, l'expiration est saccadée, et l'inspiration quelque peu sifflante; il y a des mouvements rapides de déglutition et le ventre météorisé est agité de secousses et de saccades. (*Phase clonique.*)

Ces convulsions cloniques de tout le corps cessent peu à peu, tout en apparaissant de temps à autre, comme si la malade recevait une décharge électrique; enfin, après s'être éloignées, elles font place à une période de calme et de relâchement musculaire.

Dans cette phase de *résolution* musculaire, la tête s'est affaissée, appuyée sur l'épaule gauche, le visage calme est rouge et légèrement tuméfié, les paupières sont baissées, les mâchoires sont desserrées, les lèvres un peu entr'ouvertes laissant échapper un peu de salive que l'expiration régulière mais bruyante chasse en grosses bulles. Les bras sont rapprochés du corps et se laissent soulever pour retomber lourdement quand on les abondonne; il en est de même des extrémités inférieures. La malade est donc en décubitus dorsal et semble dormir; elle est en résolution complète, sans contracture.

Deuxième période. — Elle est souvent nette, mais simplement ébauchée. Ce sont des *attitudes illogiques* ou *contorsions* portant principalement sur les extrémités qui se tournent, se retournent, se contournent ; les bras et les avant-bras formant des arcs de cercle, les poignets fléchis ou étendus; la figure est légèrement grimaçante. Il n'y a pas de grands mouvements, de clownisme.

Troisième période. — Celle-ci n'est encore qu'esquissée. On peut saisir des *attitudes passionnelles* indiquant la crainte et des hallucinations de la vue que la malade fait connaître après l'attaque.

La malade, durant cette phase, reste insensible aux excitations extérieures, mais, si nous comprimons l'ovaire gauche, elle revient à elle ; la douche la réveille aussi, mais pas toujours. Enfin, si on lui applique une plaque de zinc, métal auquel elle est sensible, ou si on place à distance du bras un aimant, elle est reprise de mouvements rappelant ceux de la première période (phase clonique) et son attaque semble troublée dans ses phases.

Quatrième période. — La malade porte les mains à la région ovarienne gauche, elle se frotte ensuite les yeux, passe la main sur le visage, pousse une série de soupirs et ouvre les yeux. La connaissance est revenue, parfois complètement, mais le plus souvent en partie seulement. Il existe encore des hallucinations, surtout la nuit; la malade voit passer à côté d'elle ou se tenir à sa gauche des hommes noirs, mais, et plus spécialement, un homme noir; parfois, elle s'imagine accomplir l'acte vénérien, et alors elle perd un mucus

vaginal assez abondant. La connaissance revient alors et la malade reste un peu brisée, parfois anéantie, avec parésie très marquée des extrémités inférieures.

Observation CVIII[1]. — *Hystéro-épilepsie. — Prédominance de l'attaque démoniaque.*

Mademoiselle X..., âgée de vingt ans, à la suite de vives émotions est prise, souvent sans motif, d'envies de pleurer ou de rires inextinguibles. Elle éprouve une sensation de constriction et d'étranglement à la gorge, et une toux rauque, sèche, rapide et incessante la tourmente et la fatigue.

C'est là souvent le prélude de l'attaque (janvier 1878).

Première période. — Celle-ci s'annonce par des mouvemente exagérés de contorsion des extrémités supérieures et inférieures et du corps. La face alors devient rouge, turgescente, les yeux sont saillants, mais ou ne voit que la conjonctive oculaire hyperhémiée; la bouche est béante et laisse échapper une légère écume, la langue est sortie, et toute cette figure grimace en même temps que tout le corps se contourne et se tortille. C'est la période *épileptoïde* avec *les grands mouvements toniques.* Ces mouvements sont parfois brusquement remplacés par du *tétanisme* ou bien se modifient en un tremblement de tout l'être ou d'une partie du corps, c'est le *clonisme.* De repos, *de résolution* musculaire, il n'y en a point.

Ajoutez à cela des bruits pharyngiens et une respiration bruyante, sifflante, et vous aurez, à très peu près, le tableau de la première scène.

Deuxième période. — C'est celle-là qui prédomine, c'est *l'attaque démoniaque* ou *celle des contorsions.* Tout d'un coup, des cris épouvantables, des hurlements se font entendre; le corps animé jusqu'ici de mouvements de contorsion, ou dans la raideur de l'immobilité tétanique, exécute des mouvements étranges : les extrémités inférieures se croisent et se décroisent, les bras sont contournés et comme tordus, les poignets sont fléchis, les doigts sont, les uns étendus, les autres fléchis, le corps se courbe et se recourbe en arc de cercle ou se plisse et se tortille, la tête est rejetée à droite ou à gauche, ou, fortement tendue en arrière, fait saillir un cou gonflé; le visage peint tantôt l'effroi, tantôt la colère, quelquefois la rage; il est turgescent, violacé; les yeux s'ouvrent largement, demeurent fixes ou roulent dans l'orbite, ne montrant le plus souvent que le blanc de la sclérotique; les lèvres s'écartent, sont tiraillés en sens divers et laissent apparaître une langue pendante et tuméfiée.

L'effroi domine-t-il, alors la tête est légèrement inclinée sur le cou et le thorax, les deux mains crispées étreignent vigoureusement les yeux et le front, et laissent parfois entrevoir un visage contracté et des yeux hagards; le corps est comme ramassé sur lui-même, les jambes et les cuisses rapprochées du tronc; ou bien la malade est placée sur un côté et comme tordue

1. Dr Thermes (1879).

sur elle-même, ou encore couchée sur le ventre, les jambes rapprochées de l'abdomen, les deux mains cachant la figure.

Est-ce la colère qui l'emporte, elle s'élance sur l'obstacle, cherche à s'en emparer, à l'étreindre, à le mordre; souvent c'est elle qui devient sa propre victime, elle s'arrache les cheveux, se déchire le visage ou la poitrine, lacère ses vêtements, et, pendant ce triste spectacle, accentue et accompagne cette scène affreuse en poussant des cris de douleur et de rage.

La malade a perdu complètement connaissance.

Troisième période. — Il n'y a pas d'*attitudes passionnelles* ni de *poses plastiques;* c'est à peine si parfois l'on saisit quelques grimaces qui semblent adressées à un être imaginaire. Les membres sont contracturés.

Quatrième période. — Cette contracture, accompagnée de crampes douloureuses, fait revenir la malade à elle; celle-ci pousse des cris de douleur, pleure et demande à tous ceux qui l'entourent de la soulager au plus tôt.

OBSERVATION CIX[1]. — *Hystéro-épilepsie avec prédominance de l'attaque de délire.*

Mademoiselle X..., âgée de quinze ans, sans motifs sérieux, devient inquiète, jalouse et tyrannique; elle renverse et brise les objets à sa portée, a peur de ce qui l'entoure et surtout des allumettes, et voit des objets lumineux passer devant ses yeux. A ces troubles psychiques et à ces hallucinations de la vue s'ajoutent de l'inappétence et une légère suffocation hystérique, des palpitations cardiaques et de l'amyosthénie. Il n'y a pas de contractures; l'on constate de l'*analgésie;* ni achromatopsie, ni amblyopie.

Après quelques phénomènes d'*aura hysterica*, il survient surtout des douleurs à la tête, à la nuque, puis la jeune fille perd connaissance (avril 1879).

A. *Période épileptoïde.* — Le corps se raidit brusquement, le visage pâle indique une apparence de calme plutôt que de souffrance, les mâchoires sont serrées, la bouche très légèrement entr'ouverte laisse apparaître un peu d'écume. A cette immobilité tétanique succèdent des mouvements des paupières, des trépidations des membres et quelques faibles secousses du corps. La respiration arrêtée reprend, mais avec une certaine gêne. Puis le calme se fait et les muscles se relâchent.

B. *Période des contorsions et des grands mouvements.* — Elle est à peine esquissée.

C. *Période des attitudes passionnelles.* — Après et même au milieu de quelques rares mouvements, ébauches de la deuxième période, la jeune malade prend une attitude et une physionomie indiquant que des sentiments passionnés l'animent; elle fait même certains gestes et prononce certaines

1. Dr Thermes (1879).

paroles qui dénotent l'exaltation des sens, pure création d'une imagination ardente et exaltée.

D. *Période de délire.* — C'est la dominante chez cette jeune malade qui, la connaissance revenue, mais seulement partiellement, reste sous le coup d'un délire entremêlé d'hallucinations. Ce sont des accès de manie : elle crie, pince, bat sa mère ; sur elle, ce sont des tentatives de suicide ; elle veut se jeter par la fenêtre ou bien elle veut se crever les yeux avec des ciseaux ou des aiguilles. Ces accès s'accompagnent de surexcitation nymphomaniaque ou bien d'actes extravagants. Ainsi, la jeune fille se met à son balcon et fait des signes inconvenants aux passants (hommes et surtout jeunes gens). C'est un délire relativement calme avec tendance marquée à l'obscénité. Quelques accès de pleurs le terminent habituellement.

OBSERVATION CX[1]. — (RÉSUMÉE.) *Attaque de grande hystérie unique chez un jeune homme atteint de phthisie.*

M. X... âgé de vingt-trois ans, sous-lieutenant, est atteint de phthisie au second degré.

D'un tempérament lymphatico-nerveux, il est devenu, par suite de cette affection qui enrayait sa carrière, émotif, irritable, jurant pour un rien, s'emportant, ayant fréquemment des accès de colère, suivis de pleurs abondants.

Un jour, sa mère, sur mon avis formel, l'ayant prié de ne pas aller au théâtre, ce malade entra dans une violente colère. Bientôt, il fut pris de suffocation, d'étouffements, de constriction à la gorge. Mandé immédiatement, j'essayai de calmer M. X., lorsque tout-à-coup, je le vis tomber raide par terre, sans connaissance, la tête tournée du côté droit.

A cette raideur tétanique succédèrent quelques légers soubresauts ; puis le calme reparut.

Il ne fut pas long ; en effet, les membres se mirent à remuer, à s'agiter, la tête se rejeta en arrière, le corps s'*incurva*, si bien que, à un moment donné, la tête et les pieds seuls reposaient sur le tapis du parquet. En même temps, le malade poussait des cris. Les diverses parties du corps restaient insensibles. Toutefois, en comprimant le ventre, vers la région iliaque gauche, je constatai une zone hyperesthésique, car je vis M. X., quitter brusquement sa position en *arc de cercle*, agiter violemment ses membres, les inférieurs particulièrement. Puis, la compression cessant, le jeune homme ne tarda pas à se replier de nouveau. Cela dura quatre à cinq minutes. Il y eut ensuite un temps d'arrêt. J'en profitai pour faire mettre le malade dans son lit. A peine y était-il que je le vis s'asseoir. La face était rouge, exprimant la colère ; les yeux hagards, étaient injectés de sang ; les bras étaient étendus et les mains crispées saisissaient fortement les couvertures, des paroles, des mots entrecoupés vinrent compléter cette attitude passionnelle et marquer ces hallucinations : « Théâtre cré nom de Dieu !... Laissez-moi... Soldats... Musique.... »

Puis la figure se radoucit, prit une expression de tristesse et de regret ;

1. Dr Thermes.

les mains quittèrent les couvertures, se rapprochèrent du visage, comme pour le cacher et des larmes abondantes coulèrent. M. X... avait en partie repris connaissance; il appelait sa mère; il ne tarda pas à revenir à lui.

Ce fut la seule attaque qu'il nous fut donné de constater. Nous apprîmes depuis qu'il n'y avait pas eu d'autres manifestations convulsives; mais la maladie organique avait continué son évolution et enlevé le pauvre sous-lieutenant.

Observation CXI[1]. — *Crises de grande hystérie. — Prédominance des grands mouvements et des attitudes passionnelles. — Hallucinations de serpents rouges. — Accès distincts de catalepsie et de somnambulisme.*

Mademoiselle X... âgée de vingt-huit ans, a présenté, à la suite de plusieurs mariages rompus, des signes de *petite hystérie,* bientôt aggravés et caractérisés par les symptômes de la *grande hystérie.*

Les attaques, commencées à Dunkerque et que nous avons pu observer plus de *soixante fois*, en l'espace de *deux ans*, ont été marquées par la prédominance, tantôt de la période des *grands mouvements*, tantôt de celle des *attitudes passionnelles* ou des *hallucinations*, elles ont toujours offert les caractères suivants :

1° Mademoiselle X... est prise de malaise, d'angoisse, la face, d'abord pâle, se congestionne peu à peu; la région ovarique gauche devient douloureuse; une sensation de serrement apparaît à l'épigastre, à la région précordiale, puis l'*aura* s'irradie vers la gorge et l'enserre; l'oreille gauche bourdonne et siffle, la tempe gauche bat et l'œil du même côté semble sauter et sortir de l'orbite. A ce moment, la malade articule un son laryngien, plutôt qu'elle ne pousse un cri, projette la tête en arrière et perd connaissance.

Après quelques secondes d'immobilité (*phase tonique*), troublée seulement par une respiration entrecoupée, saccadée, apparaissent des mouvements à amplitude faible, commençant au visage, s'étendant au corps et s'accentuant sous forme de secousses, aux membres inférieurs et supérieurs (*phase clonique*).

Puis a lieu la *résolution*, parfois complète, parfois incomplète.

2° Tout à coup, mademoiselle X..., poussa un cri strident; les membres se tordent sur eux-mêmes, ils ne tardent pas à être animés de grandes oscillations et à être agités par des secousses violentes; la tête se renverse en arrière et touche la nuque, les pieds sont fortement fléchis, le corps est recourbé en arc de cercle, à convexité antérieure, à ce point que, par instants, la tête touche les pieds. Ce *clownisme*, ces *contorsions*, et ces *grands mouvements*, s'accentuent lorsqu'une personne étrangère ou peu sympathique à la malade s'approche d'elle et cherche à la calmer. La perte de connaissance n'est donc pas ici complète.

3° Bientôt à cette période mouvementée succède, après un court repos, une nouvelle phase.

Assise sur son lit, penchée en avant, le visage exprimant l'inquiétude, les

1. Dr Thermes (1883).

paupières battant, les yeux semblant regarder comme dans le lointain et percevoir un objet qui approche, la malade se cache brusquement la figure dans ses deux mains et s'écrie : « Le voilà, le serpent rouge... les voilà les serpents... ils sont quatre... ils rampent vers moi... oh! mon Dieu... » Puis rapidement, elle porte les mains à la jambe (presque toujours la gauche), comme pour enlever le serpent, et fait le geste de le lancer au loin. Mais, peine perdue; le serpent s'enroule, enlace le membre, monte, le voici à la cuisse au ventre, à l'épigastre. Alors mademoiselle X... anxieuse, en proie à l'angoisse, lutte pour arracher son ennemi, elle s'égratigne le ventre, la base de la poitrine; mais le serpent monte, monte toujours et la pique au cœur. Un cri d'horreur s'entend; la patiente tombe sur son lit sans connaissance.

D'autres fois, les serpents ou l'un d'entre eux, de l'épigastre semblent s'élancer sur le cou et s'y enrouler. A ce moment, mademoiselle X... donne toutes les marques d'une terreur inexprimable; le visage bleuit, les yeux restent fixes, injectés, la bouche écume, le cou se gonfle, les doigts crispés déchirent la peau; les mains se cramponnent au cou et cherchent à s'emparer du reptile; mais vains efforts. Enfin le serpent semblant prendre un point d'appui à la nuque — car la malade laboure cette région — s'élance vers le cœur et la pique. Le même cri de terreur retentit, le même renversement en arrière se produit; et cela, pour recommencer sept, huit et douze fois.

4° Tout semble terminé. Mais un léger délire apparaît. Mademoiselle X... prononce quelques phrases entrecoupées : « Ils sont partis... quel bonheur... s'ils allaient revenir... maman... mon Dieu! suis-je malheureuse... le misérable... m'abandonner!... je me vengerai... quand cela finira-t-il? » Puis des pleurs abondants. Ils cessent bientôt et la malade brisée, rompue, revient à elle, regardant à droite et à gauche avec un air d'étonnement.

Terminons en disant que mademoisalle X... a présenté des troubles de la motilité, et, sous forme d'accès distincts, de la catalepsie et des phénomènes somnambuliques.

Observation CXII[1]. — *Jeune fille de dix-neuf ans. — Hystérie dont les crises revêtent d'abord la forme de syncope. — Elles se complètent plus tard. — On peut retrouver dans la description que l'auteur en donne les principaux caractères de la grande attaque hystérique.*

L'observation que je vais décrire a été faite, il y a sept ans, sur une jeune personne qui avait alors dix-neuf ans. Une complexion délicate, une vie sédentaire, une sensibilité vive, des émotions fréquentes ressenties pendant le temps de la Terreur, l'état de virginité, la vue d'une de ses amies attaquée de la même maladie, furent les causes nombreuses qui favorisèrent chez elle le développement de l'hystérie. Voici comment elle débuta. La jeune personne, qui avait toujours été bien réglée dès l'âge de treize à quatorze ans, étoit sortie, lors de sa dernière menstruation, pendant un jour de pluie, elle s'étoit même échauffée en dansant. Les règles cessèrent plus tôt qu'à l'ordinaire.

Quelques jours après, première attaque d'une sorte de syncope, avec pâleur

1. Duvernoy, *Dissertation sur l'hystérie*, Th. Paris, an IX, obs. XVII.

du visage, perte de connoissance sans gonflement de la poitrine ou du cou, sans spasme ni convulsions : elle dura environ dix minutes; mêmes attaques pendant les huit jours suivants, toutes les fois que la malade avoit mangé ou qu'elle vouloit se tenir debout : leur durée n'étoit jamais que de quelques minutes. La malade rendit, dans cet intervalle, beaucoup de vents par haut et par bas; elle fut soulagée plusieurs fois par douze gouttes de liqueur anodyne d'Hoffmann, avec huit gouttes de laudanum liquide, qu'on lui faisoit avaler sur un morceau de sucre.

Après quinze jours de tranquillité, nouveaux accidents, décidés cette fois par un verre de vin de Champagne. Immédiatement après l'avoir bu, *spasme général, perte de connoissance, gonflement du ventre, de la poitrine et du cou,* au point qu'on fut obligé de lui couper les liens de ses habits; visage très coloré, pouls presque insensible à l'artère radiale, battements très forts des carotides, grande gêne de la respiration, *mouvements convulsifs de temps en temps, agitation, délire.* Quelques gouttes d'eau fraîche, lancées sur la figure, ne firent que l'irriter, sans accélérer la fin de l'accès : *il dura trois heures.*

Des accès de même nature se renouvelèrent dès lors, plus ou moins fréquemment pendant environ trois mois. Voici la série des symptômes qu'ils présentoient ordinairement : *sentiment d'une boule qui rouloit dans le bas-ventre, montoit de l'estomac le long de l'œsophage jusqu'au cou*, et produisoit de la difficulté dans la respiration; gonflement considérable du ventre et du thorax, *roideur des extrémités,* mouvements convulsifs, au moindre attouchement. Lorsqu'on lui mettoit quelque corps à la main, elle le saisissoit avec force : un bruit soudain la faisoit tressaillir; quelquefois elle entendoit ce que l'on disoit autour d'elle. Lorsque la suffocation étoit très grande, *elle se frappoit la poitrine* comme pour exprimer sa peine. Ces accès se répétoient deux, trois, quatre, jusqu'à six fois dans un jour; leur durée varioit depuis un demi quart-d'heure jusqu'à trois heures et plus : ceux qui paroissoient spontanément, sans avoir été précédés d'aucune sensation extérieure ou affection de l'âme, étoient les plus longs. La vue inattendue d'une de ses connoissances, un aliment dont le goût ne lui plaisoit pas, une odeur désagréable; en général toutes les impressions de cette nature, excitoient aussi de semblables accès, qu'on pourroit appeler accidentels : ils étoient les moins longs.

Je les ai fait cesser assez souvent en pressant sur les carotides; ils reparoissoient un instant après, surtout lorsqu'ils s'étoient manifestés spontanément. S'ils étoient sur le point de se terminer, le pouls de l'avant-bras se rétablissoit par degré, les battements des carotides diminuaient en force et en fréquence.

Apparition des règles au temps ordinaire, mais moins abondantes; exacerbation des symptômes à leur approche; diminution des accès dès qu'elles eurent cessé; même phénomène à chaque menstruation.

Après que cette maladie eut duré quelque temps, susceptibilité extrême; dispositions à la mélancolie; émotions vives, par des causes morales ou physiques, auxquelles la malade auroit été peu sensible dans l'état de santé. *Trois ou quatre fois les premières donnèrent lieu à des accès hystériques, avec délire, qui se prolongeaient cinq heures entières.*

Le traitement que l'on a suivi pendant les trois mois que cette maladie

s'est manifestée avec le plus de violence (c'étoit pendant l'hiver de l'an III) a presque entièrement consisté dans les moyens qne fournit l'hygiène. Traiter avec soin toutes les causes qui pouvoient décider les accès ; dissiper la malade autant que possible ; lui faire faire des promenades fréquentes, malgré le troid violent, pourvu seulement que le temps ne fût pas humide, tels sont les moyens qui ont contribué le plus à diminuer ses accès et à les faire disparoître insensiblement.

Elle a été saignée une seule fois du pied pendant le premier mois de sa maladie ; les accès prirent un peu moins d'intensité, mais ils subsistèrent avec la même fréquence.

A l'époque de la menstruation, elle buvoit une tasse d'infusion de mélisse, à laquelle on ajoutoit une cuillerée d'eau de fleurs d'orange.

C'est vers le retour de la belle saison que les accès sont devenus bien moins fréquents ; la malade n'en eut plus que très rarement durant le printemps et l'été ; sa constitution se raffermit par l'exercice ; son estomac qui étoit très faible se rétablit par le régime ; enfin le soin que l'on prit de lui éviter tout chagrin, toute sensation désagréable, la rendit moins excitable.

Au milieu des détails un peu confus de cette observation recueillie au commencement du siècle, nous voyons les attaques convulsives se composer d'un certain nombre de phénomènes qu'il est possible de ranger en trois catégories correspondant aux périodes que nous avons décrites :

Au début, sentiment d'une boule qui remontait du bas-ventre au cou, spasme général, perte de connaissance, raideur des extrémités.

Puis, mouvements convulsifs, agitation, coups sur la poitrine, etc.

Enfin délire.

Observation CXIII[1]. — *Crises hystéro-épileptiques, composées de phénomènes appartenant aux deux premières périodes de la grande attaque hystérique.*

Mademoiselle N.... âgée de vingt-deux ans, d'une haute stature, d'un tempérament où le système lymphatique semble dominer, jouissant malgré cela d'une force musculaire très considérable, commença à être réglée à quatorze ans. Dans le courant du mois de prairial de l'an II elle prit la gale d'une domestique... on la lui guérit par l'usage extérieur de l'ellébore.

Peu de temps après, l'écoulement menstruel qui avoit toujours été régulier, depuis le moment de la première menstruation, fluoit, mais imparfaitement, sans qu'aucune cause apparente en eût dérangé la marche.

A cette époque, attaque inopinée d'un violent accès d'hystérie, *anxiété extrême, sentiment de suffocation, perte de connoissance, spasme général des muscles soumis à la volonté; mouvemens convulsifs, si violens* qu'il falloit plusieurs personnes pour empêcher la malade de se nuire ; yeux

1. Duvernoy, *loc. cit.*, obs. XVI.

ouverts, étincelants, ne distinguant aucun objet; face gonflée, d'un rouge violet; abdomen, poitrine, cou tuméfiés, pouls dur, irrégulier à l'artère radiale; battemens des carotides extrêmement forts; *durée de cet accès depuis huit heures du soir jusqu'à onze heures.* Il cessa immédiatement après l'application de huit sangsues aux jugulaires. Un grand accablement lui succéda. On prescrivit un régime débilitant, et le lendemain on fit appliquer des sangsues aux cuisses. Ce jour-là, les mêmes accidents reparurent à huit heures du soir; ils furent combattus par les mêmes moyens, auxquels on ajouta une forte saignée du pied. Renouvellement des accès pendant plusieurs jours à la même heure. On prescrivit successivement dans leur intervalle l'eau de fleurs d'orange, de tilleul, le laudanum, le sirop de diacode.

Bientôt ils devinrent moins violens, mais plus fréquens; ils survenoient particulièrement après le repas. La saignée et les doux purgatifs qui sembloient, dans les commencemens, diminuer leur nombre avec leur intensité, eurent ensuite un effet nuisible en favorisant leur retour.

On a fait prendre à la malade, pendant quelque temps, presque tous les mois, trois onces de sulfate de soude : cette médecine ne lui procuroit que huit à dix selles. On l'a saignée plus de dix fois, plusieurs fois on lui a fait des saignées de dix-huit onces. Les toniques, qui ne convenoient pas dans les commencens, sont devenus ensuite très avantageux, surtout la valériane et le quinquina. Les accès sont presque nuls pendant leur usage.

L'écoulement menstruel est devenu plus abondant dès le principe, seulement l'éruption en est plus difficile, et dans le fort de la maladie elle étoit précédée d'accès plus fréquens qu'à l'ordinaire.

La musique a fait différentes impressions sur la malade pendant les accès. Le clavecin en a toujours redoublé la violence. Le flageolet et le chant au contraire les terminoient à l'instant même, et constamment par un éclat de rire, qui ne cessoit que longtemps après que l'instrument, ou la voix, ne se faisoit plus entendre.

On décidoit aussi la fin des accès *en comprimant avec les doigts les artères carotides*; la compression des jugulaires en augmentoit singulièrement la violence. Un mouvement de giration, imprimé au bras ou à la jambe, rendoit bientôt à tout le corps sa souplesse naturelle, et l'accès cessoit aussitôt.

Toutes les fois que l'on se servoit de ces différents moyens, un nouvel accès, plus violent que le précédent, suivoit immédiatement.

La maladie existe depuis près de sept ans; les accès sont à présent très rares et ne reviennent que par accident. La gaieté et le contentement sont leur véritable antidote. Les passions tristes, les sensations désagréables, la vue seule et surtout l'odeur de plusieurs substances alimentaires en décident le retour.

Lorsqu'ils commencent, *tuméfaction considérable du ventre, sentiment d'une boule qui semble en sortir avec bruit, monte au cou*, le gonfle et produit la suffocation et une anxiété extrême; les yeux se ferment, la *face reste pâle, la tête s'incline vers l'une ou l'autre épaule*; il paroît rarement des mouvemens convulsifs; les membres conservent, comme dans la catalepsie, la position qu'on leur donne. Le pouls de l'artère radiale est petit, lent et irrégulier.

La jeune personne a de l'appétit, des forces et de la gaieté.

Il est assez remarquable que dans cette observation, et dans celle qui

précède, la maladie soit survenue à la suite de la gale guérie par l'ellébore. Ce traitement fit beaucoup souffrir les deux malades, au point que celle qui fait le sujet de l'observation précédente ne put dormir pendant les trois jours qu'elle y fut soumise. Ses menstrues se supprimèrent immédiatement après; elles ne reparurent qu'au troisième mois, mais avec tous les symptômes d'une éruption difficile, et même les préludes d'un accès d'hystérie. Il eut lieu dès le lendemain de l'écoulement : ses symptômes redoublèrent par le bain de pied; lorsqu'il eut cessé, les règles ne couloient plus, la suppression dura six mois, les pâles couleurs se manifestèrent; et ce n'est que lorsque la menstruation a été rétablie, que la malade a recouvré la santé. Une nouvelle suppression, à la suite d'une émotion vive, produisit une seconde attaque, etc. Les accès ont constamment pris plus d'intensité vers le temps où l'éruption menstruelle devoit se faire.

Cette dernière circonstance s'est également manifestée dans la maladie décrite au n° 16. Mais la liaison de la menstruation avec l'hystérie n'est pas aussi frappante. C'est aussi cependant lors de l'écoulement des règles que le premier accès a paru. Elles couloient imparfaitement dans les périodes qui suivirent. Elles devinrent plus abondantes; seulement leur éruption paroissoit se faire plus difficilement.

Cette observation du même auteur que la précédente est un exemple de violents accès hystériques composés seulement de phénomènes appartenant à la première et à la deuxième période.

J'appellerai l'attention sur le début de l'accès marqué par la sensation de la boule hystérique, la pâleur de la face, l'inclinaison de la tête vers l'une ou l'autre épaule, et les phénomènes cataleptiformes. Je signalerai également l'influence de la pression carotidienne sur l'arrêt des attaques et celle de la musique sur la violence des convulsions.

Observation CXIV [1]. — *Crises convulsives remarquables par le développement des phénomènes épileptoïdes; mais la présence d'autres caractères appartenant aux différentes périodes de la grande attaque permettent de les ranger parmi les attaques de grande hystérie.*

Élisabeth-Pierrette B....., d'une forte constitution, d'un caractère très turbulent et presque maniaque, naquit de parents sains et aisés. A quelques fièvres intermittentes près, sa santé avait toujours été bonne jusqu'à douze ans, époque du premier accès épileptique, occasionné, dit-elle, *par la peur* qu'elle eut d'une poupée placée près de son lit. Conduite à la Salpêtrière, elle y fut traitée par les bains, les saignées; elle eut peu d'accès jusqu'à treize ans.

L'écoulement menstruel parut à cette époque, accompagné de beaucoup de maux d'estomac; il fut régulier pendant quinze mois, et durant tout ce

1. J.-G.-F. Maisonneuve, *Recherches et observations sur l'épilepsie*. Th. in-8°. Paris. an XI, p. 173 et suiv.

temps elle n'eut pas un seul accès : elle était déjà retournée chez ses parents depuis quelque temps, quand une suspension de règles de deux mois ramena les accès qui vinrent, huit jours consécutifs, cinq à six fois par jour. Cet accident détermina ses parents à la ramener à la Salpêtrière, où elle est depuis deux ans et demi, ayant des accès fréquents, relatifs cependant pour la fréquence et l'intensité à l'état des règles. Dans les premiers mois de sa rentrée, les règles coulant assez exactement, les accès étaient plus rares et plus faibles ; depuis, le retour des menstrues étant moins régulier, les accès sont plus forts et plus nombreux, toujours légers cependant quand les règles coulent.

L'accès arrive tantôt subitement, tantôt après des symptômes précurseurs ; *étourdissements, agitation, sentiment de strangulation; puis, chute, perte de connaissance, contraction tétanique des muscles des membres, de la tête qui se penche en arrière*, mouvements convulsifs par intervalles, tension de diverses parties ; les yeux sont ouvert, fixes et dirigés en dedans vers le front, comme dans l'action de loucher ; *des tremblements, des agitations, des mouvements violents de tout le corps se succèdent* ; *la respiration est laborieuse et bruyante, le visage rouge, les jugulaires gonflées, peu d'écume à la bouche* ; le pouls est insensible.

Après quelques minutes de cet état, la contraction tétanique cesse, *l'agitation devient plus grande, la malade frappe sa tête avec force à poings fermés, veut s'en aller, et est dans une sorte de délire, elle demande sa mère*, se plaint, soupire ; dès cet instant, la respiration devient plus libre, le visage pâlit, les yeux sont fermés, le pouls fort et lent. Bientôt après, *l'accès recommence*, etc., etc. Mais tous les accès ne sont pas aussi forts ; quelquefois cependant il se joint aux symptômes ci-dessus décrits une tension partielle de quelques muscles de la face, qui rend le visage hideux ; d'autres fois aussi le *col se gonfle*, la figure est livide; la respiration haute et laborieuse, avec *beaucoup d'écume à la bouche*.

Le mal de tête, des étourdissements, une lassitude succèdent aux accès, dont, malgré la variété de phénomènes, la durée ne va guère au delà d'un quart d'heure.

Rangée par Maisonneuve parmi les faits d'épilepsie, cette observation a très vraisemblablement trait à l'hystérie épileptiforme. La ressemblance des accidents convulsifs avec ceux que nous avons observés chez nos malades est frappante. La période épileptoïde existe avec la contraction tétanique de la phase tonique et les tremblements, les agitations, etc., de la phase clonique.

Puis l'agitation devient plus grande (2e période) et survient un délire pendant lequel la malade appelle sa mère, etc. (3e période).

Enfin les accès se répétaient formant ainsi des « séries. »

Dans certains accès quelques phénomènes qui appartiennent à la première et à la deuxième période sont encore plus accusés ; comme le gonflement du cou, la lividité de la figure, l'écume à la bouche et le visage qui devient hideux.

Observation CXV [1]. — *Accès de suffocation avec palpitations. — Hoquets continuels durant deux ou trois heures, et revenant à diverses reprises. — Crises convulsives très violentes présentant tous les caractères de la grande attaque hystérique. — Attaque de léthargie avec mort apparente ayant duré une heure.*

Sur une attaque d'hystérie portée au plus haut degré, recueillie par le citoyen Séverin Marestant, médecin de l'école de Paris.

Clémentine F..., née à Paris, âgée de treize ans, cheveux et sourcils blonds, d'une constitution délicate, ayant les seins et les parties génitales peu développés pour son âge, sensible et très irritable, avait joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de treize ans; seulement elle avait éprouvé de temps en temps quelques rhumes légers et des accès fébriles de vingt-quatre heures. Ce fut à cette époque et sans causes connues comme sans symptômes précurseurs, qu'elle éprouva tout à coup un sentiment de strangulation avec menace de suffocation et des palpitations légères. (Depuis ce moment les palpitations reviennent fréquemment, mais elles sont de peu de durée.) Huit jours après, elle éprouva des hoquets continuels pendant deux ou trois heures; ils se répétèrent plusieurs fois à des époques indéterminées et à des intervalles de dix, douze ou quinze jours.

Pour les apaiser un médecin conseilla les bains. La jeune malade en avait pris neuf, lorsqu'elle éprouva une attaque de convulsion très forte, qui revint tous les huit ou dix jours.

Ensuite, pendant quatre mois consécutifs, elle eut tous les jours des convulsions accompagnées de hoquets et de cris effrayants; puis les accès devinrent plus rares mais plus forts. Ils furent accompagnés de convulsions de tous les muscles du tronc et des extrémités.

Ces affections spasmodiques ont duré jusqu'au 13 germinal de l'an X, jour où je fus appelé et où je fus témoin d'un accès qui, au rapport des parents, fut le plus long et le plus violent de tous ceux qu'elle avait éprouvés. En effet, il dura depuis huit heures du soir jusqu'à trois heures du matin, avec quelques rémissions momentanées. Les symptômes furent très variés, et on ne peut s'empêcher d'y reconnaître la plupart de ceux qui caractérisent l'hystérie, l'épilepsie, la manie et même l'hydrophobie.

L'invasion fut subite et sans symptômes avant-coureurs. La jeune personne tomba tout à coup et resta sans mouvements et sans parole. Il y eut ensuite *contraction vive des muscles masseters*, grincement de dents, *rire apparent et mouvement irrégulier de tous les muscles soumis à l'empire de la volonté*. Bientôt après des éclats de rire immodérés se manifestèrent et furent suivis d'une raideur tétanique des extrémités inférieures, dans laquelle la pointe des pieds était fortement tournée en dedans.

Après quelques instants de rémission, les symptômes devinrent plus violents. Le cœur battait tumultueusement, le pouls était plus fréquent, petit et irrégulier. *Les contractions musculaires étaient si fortes, qu'à peine trois*

1. *Journal de Corvisart.* Vendémiaire an XI (1803. Tome V, p. 218.)

ou quatre personnes pouvaient contenir la malade. Elle poussait par intervalles des *cris aigus*; lorsque ses mains étaient libres, elle se meurtrissait violemment; lorsqu'elles étaient retenues, elle cherchait à se frapper la tête contre les objets environnants. Les courts instants de rémission étaient marqués par une grande sensibilité. Elle embrassait sa mère et la caressait tendrement. Mais à ce calme succédèrent bientôt de nouveaux accès, signalés par des symptômes différents, tels que des *grimaces, des contorsions ridicules, des mouvements convulsifs des doigts des pieds et des mains, le resserrement total de l'œsophage, les yeux hagards, la pupille dilatée, tantôt l'impossibilité d'ouvrir la bouche, tantôt celle de la fermer;* enfin la perte entière de la sensibilité et la mort apparente. La respiration n'était plus sensible et le pouls avait cessé. Cet état dura une heure, après laquelle toutes les fonctions se ranimèrent insensiblement par l'application de deux sinapismes. Alors les convulsions recommencèrent avec la même violence qu'auparavant. Elles cessèrent enfin, et la jeune personne parut bien calme; seulement elle se plaignait d'un grand picotement aux pieds. Je fis enlever les rubéfiants qu'on y avait placés. Elle éprouvait une fatigue et un malaise général. Elle demanda à boire et à manger; le reste du jour fut assez tranquille.

Le lendemain, nouvelle attaque; elle fut moins forte que celle de la veille: entre beaucoup de symptômes pareils à ceux des accès précédents, j'en observai de nouveaux. *Dans les rémissions elle montrait la plus grande insensibilité aux caresses de sa mère; quelques instants après elle feignait vouloir l'embrasser, et tâchait de la surprendre pour la mordre :* elle rendit involontairement beaucoup d'urine et de vents.

Enfin, le 15 germinal au soir, accès nouveau; il devança l'heure de celui du 14, il fut aussi moins long, et fut encore marqué par quelques symptômes nouveaux : *l'écume lui vint à la bouche; elle était d'une extravagance extrême, commandant tour à tour l'exercice militaire, et les figures de la danse;* tantôt avec une voix douce, tantôt avec un son aigu, d'autres fois rauque ressemblant à un hurlement, mais sans ordre ni justesse. *L'accès finit par une horreur pour sa mère, telle qu'elle ne voulait ni la voir ni l'entendre,* qu'elle cherchait à la frapper, à la mordre, et lui disait de se retirer, ensuite elle se calma un peu. Alors succéda un raisonnement assez juste et suivi; elle se mit à pleurer, se plaignant de sa mère, de sa cruauté pour elle, qu'elle lui refusait tout, qu'elle était lasse de vivre, qu'elle voulait mourir, qu'elle se jetterait sous le Pont-Neuf. En effet, je m'étais aperçu que pendant les deux derniers accès du 15, elle avait cherché à se nuire, en pressant vivement le conduit aérien dans l'espace triangulaire situé au-dessus du sternum. A force de caresses, et de lui tout promettre, je parvins à apprendre que cette aversion pour sa mère, qu'elle aimait et caressait si tendrement dans les premiers accès du 13, tenait à ce qu'elle lui avait refusé l'avant-veille une montre en or qu'elle lui avait promise et qu'elle désirait ardemment. Aussitôt je la lui fis donner. Bientôt elle fut aussi calme, aussi douce, aussi caressante qu'auparavant. Pendant les accès, j'avais tenté inutilement de lui faire prendre quelques cuillerées d'une potion calmante, et un lavement avec un gros d'assa fœtida dissous dans l'eau. Lorsqu'elle eut obtenu la montre, elle se soumit à tout. Le lavement fut bientôt rendu avec des matières fécales d'une puanteur et d'une odeur de choux

pourris insupportable, avec des vents de même nature. J'ordonnai des lavements avec une infusion de tilleul, n'osant les rendre purgatifs dans la crainte d'irriter et de nuire. Je continuai la potion calmante, quoique je fusse bien persuadé que l'accès du 16 n'aurait pas eu lieu, la cause existante étant détruite; mais je la dirigeais contre les causes prédisposantes que je crois avoir assez détaillées au commencement de cette observation pour n'en pas faire ici mention.

Je n'ai pas craint de rapporter entièrement cette observation un peu longue, parce que plusieurs accès y sont décrits avec détails et présentent des phénomènes qu'il est facile de rapprocher des diverses périodes que nous avons décrites.

La *période épileptoïde* est suffisamment indiquée par le début brusque, la contraction vive du muscle masséter, le grincement de dents, etc., enfin l'écume à la bouche.

Les *grands mouvements* de la deuxième période sont décrits avec leur violence et la fureur qui souvent les accompagne. Les grimaces et les *contorsions* ridicules sont également signalées.

L'attaque du 15 germinal présenta des phénomènes qu'on n'avait pas observés jusque-là et qui paraissent se rapporter aux *attitudes passionnelles* : « elle était d'une extravagance extrême, commandant tour à tour les figures de la danse et l'exercice militaire, etc.

Enfin les sentiments opposés que la malade témoigne à sa mère immédiatement après ses attaques, tantôt l'accablant de caresses tantôt cherchant à la frapper et à la mordre, me paraissent devoir rentrer dans les troubles mentaux qui caractérisent souvent la *quatrième période*.

Observation CXVI[1]. — *Observation incomplète d'hystérie grave. La malade présenta des symptômes variés, convulsions, syncopes fréquentes, et de plus d'une heure de durée. — Paralysie du bras et de la jambe gauches qui dura six semaines. — Anurie pendant quarante-six jours. Rétention d'urine, nécessité du sondage. — Strangulation hystérique. — Catalepsie qui dura sept jours, etc.*

Au sujet des crises l'auteur s'exprime ainsi :

« Les convulsions n'avaient lieu qu'à l'approche des règles : alors l'estomac et le ventre étaient tendus et douloureux ; elle se frappait la poitrine avec violence ; ses idées n'avaient aucune liaison, et souvent *son corps se courbait en arrière*, et restait dans cet état tétanique pendant cinq à six minutes; elle faisait ensuite des mouvements semblables à ceux que ferait une femme qui se livrerait aux transports de l'amour...

1. Dubreuil de St-Martin, *Dissertation sur l'hystérie, accompagnée d'une observation singulière sur cette maladie.* Th. Paris, 1805, n° 540.

Je n'ai pas besoin d'insister ici sur les points intéressants de cette courte description des accès, ils sont assez significatifs : *contorsion, arc de cercle ;* puis, vraisemblablement, *attitudes passionnelles* sous l'influence d'hallucinations érotiques.

OBSERVATION CXVII. — *Crises convulsives violentes avec perte de connaissance, suivies d'hallucinations et de délire.*

Caillot, dans sa thèse inaugurale (*Dissertation sur l'hystérie*, 1833) distingue deux degrés dans l'expression symptomatique de l'hystérie : 1° hystérie sans perte de connaissance ; 2° hystérie avec perte de connaissance. Dans la description des symptômes du deuxième degré, on retrouve facilement les grands traits de notre description : spasme tétanique, écume, violence des grands mouvements, extase, délire, etc. A l'appui de son dire il rapporte une observation fort intéressante, dans laquelle les hallucinations et le délire qui succédaient aux convulsions présentaient les caractères de la troisième et de la quatrième période.

Second degré. — Il est caractérisé par la perte de connaissance et par l'augmentation des symptômes précédents.

Les facultés intellectuelles sont suspendues, la sensibilité est notablement diminuée, *les mouvements convulsifs acquièrent une force prodigieuse;* la malade est dans un tel état d'hypersthénie, qu'elle résiste avec avantage aux efforts de plusieurs hommes réunis, quand, quelques minutes auparavant une main seule aurait pu la contenir. Le tronc est porté tantôt en avant, tantôt en arrière ou sur les côtés ; les mâchoires sont prises d'un trismus tétanique ; *la salive est parfois écumeuse, la suffocation est imminente; la strangulation fait tirer la langue :* la peau est rouge et pâle alternativement ; les convulsions et le calme y ramènent tour à tour le froid et la chaleur ; la face est vivement colorée, et le cerveau est menacé de congestion : alors peuvent apparaître les symptômes de compression cérébrale. Les auteurs parlent d'un état de syncope ou de coma qui aurait simulé la mort pendant plusieurs jours Qu'aux yeux de la théorie ce soit plutôt un accident rare qu'une forme hystérique, la pratique doit y attacher une sérieuse attention, sous peine de s'exposer, comme Vésale, à entendre crier un vivant sous son scalpel. *Il est moins rare de voir la malade entrer, sur la fin de l'accès, dans un état voisin de l'extase et du magnétisme, ou dans un délire tout particulier, que l'on peut appeler hystérique.* Ce délire consiste dans l'exaltation et l'aberration des facultés intellectuelles : la malade parle et dirige d'abord ses idées avec justesse; *puis son imagination se développe, crée les narrations les plus romanesques, et ne voit plus bientôt que fantômes, que spectres menaçants.*

Je crois devoir rapprocher de cette particularité une observation qui m'est propre. Une dame, également recommandable, par les qualités du cœur et de l'esprit, et à qui j'ai eu le plaisir de procurer quelques secours, est at-

teinte d'hystérie depuis quelques années. Les accès se renouvellent assez souvent, avec perte de connaissance; ses convulsions sont très intenses, et parfois précédées de cris déchirants. Il y a deux ans, dans l'hiver, elle fut deux fois retardée par l'époque menstruelle, et deux fois le retard fut suivi d'une perte considérable. Appelé dans une de ces dernières circonstances, voici ce que j'observai :

Le flux menstruel était abondant; la face pâlissait et rougissait tour à tour; la personne ne répondait point aux questions adressées, et ne donnait aucun signe de connaissance ; ses bras se raidissaient en contorsion ; les mâchoires se choquaient l'une contre l'autre; l'accès annoncé par des cris déchirants, se terminait par des sanglots et des larmes abondantes. Alors la malade retombait par degrés dans le calme et l'assoupissement. Après quelques minutes, elle entrait dans un rêve où les aberrations des sens se mêlaient aux idées les plus pittoresques : d'une voix touchante, elle disait ses derniers adieux à sa famille, elle demandait ses enfants pour les embrasser; puis calme et froide devant l'appareil de la mort qu'elle décrivait à la manière de Victor Hugo, elle donnait les ordres de son convoi, trouvait sa bière trop petite, et me serrant la main ; j'étais son confesseur.

Observation CXVIII. — Dans un petit opuscule tendant à prouver que l'hystérie a son siège dans le cerveau, H. Girard rapporte plusieurs observations d'hystérie. Dans l'observation XII, malgré peu de précision dans les détails, il est facile de reconnaître que l'attaque dont il est question ne saurait être autre que celle dont nous avons donné la description. Il y est écrit à la date du 20 avril 1838 (la maladie remontait à 1830).

20 avril. Crise violente pendant la nuit, cauchemar; elle croit voir une multitude d'hommes devant son lit, puis un serpent monstrueux ; elle pousse des cris rauques, mêlés de pleurs et de mouvements convulsifs ; boule hystérique, imminence de suffocation, perte de connaissance ; elle tombe de son lit, elle se roule à terre et se frappe violemment la tête; à la visite, gaieté peinte sur ses traits, joie mêlée de larmes ; elle a recouvré la voix, oublie ses douleurs à la tête ; conte avec intérêt son rêve (il y a cependant de la divagation dans ses idées) et montre avec anxiété son membre inférieur droit rétracté ; elle ne peut l'étendre ni le remuer ; la partie antérieure de la cuisse est le siège de vives douleurs limitées par le genou, un peu plus rouge et plus volumineux qu'à l'état normal.

La jambe est froide, le ventre ballonné, douloureux à la pression ; colique, soif, appétit augmenté. (Potion antispasmodique [1].)

Observation CXIX. — M. Baillarger parle d'un cas d'épilepsie qui nous paraît bien plutôt rentrer dans les faits de grande hystérie.

1. *Considérations sur les affections nerveuses dites hystériques*, par H. Girard (de Lyon). Paris, 1841, p. 55.

J'ai eu, sous ma direction, dit-il, une jeune fille frappée d'épilepsie par suite de la terreur que lui avait causée une rixe sanglante. Chaque fois qu'elle avait son accès, elle reproduisait la scène dont elle avait été témoin; sa figure prenait ensuite l'expression des extatiques, elle disait voir le ciel ouvert, les anges dans leur gloire, et restait quelque temps dans une état de véritable illumination [1].

Observation CXX. — *Douleurs dans la région sterno-mastoïdienne. — Toux convulsive. — Aphonie subite. — Abstinence volontaire. — Crises de contorsions et de grands mouvements avec perte de connaissance et pendant lesquels le plus léger attouchement provoquait le retour de l'agitation. — Crises de clownisme remarquables par l'agilité et la violence des mouvements, se terminant par une période de délire avec invectives grossières, ou par des poses extatiques. — Dans l'intervalle des crises convulsives petites attaques d'extase.*

Lors de la discussion qui s'éleva en 1858 au sein de la société médico-psychologique sur les névroses extraordinaires, M. Brierre de Boismont donna communication de deux observations fort intéressantes dans lesquelles on voit s'ajouter aux symptômes de l'hystérie la mieux confirmée des crises convulsives d'un caractère insolite, des hallucinations, du délire, des phénomènes d'extase, et de somnambulisme spontané ou provoqué.

Il nous semble que ces cas peuvent être facilement rapportés à la *grande hystérie*. D'ailleurs nous avons vu quelle connexité existe entre cette névrose et le somnambulisme spontané ou provoqué. Pour l'instant je ne désire attirer l'attention que sur la forme spéciale des crises que présenta l'une de ces malades. On y trouvera de nombreux points de ressemblance avec celles de nos hystéro-épileptiques.

La jeune malade dont il est question fut également observée par Sandras et Cerise. Je ne rapporterai que les passages de l'observation qui ont trait plus particulièrement à notre sujet.

Mademoiselle Caroline a dix-sept ans, elle est d'un tempérament lymphatique sanguin avec prédominance du système nerveux. Son intelligence est développée et cultivée : elle a de la finesse et une instruction variée ; sa tante a eu pendant vingt-cinq ans des accidents nerveux présentant de l'analogie avec ceux de cette jeune demoiselle; sa sœur a été atteinte du même mal pendant deux ans; elle a une cousine qui offre des phénomènes semblables. Cette demoiselle ne connaît pas de cause à laquelle elle puisse rattacher les souffrances qu'elle éprouve. Il y a trois ans elle fut prise d'une douleur dans le trajet du muscle sterno-cléido-mastoïdien gauche; cette douleur d'un caractère intermittent s'est reproduite trois fois aux mêmes époques. A la souf-

1. *Ann. médic.-psycholog.*, 3e série, t. I, p. 531. Paris, 1855.

france de la région mastoïdienne a succédé une toux convulsive qui, après avoir persisté quelque temps, a été remplacée par une aphonie subite. C'est à la suite de ce dernier accident que se sont montrées les crises dont elle souffre maintenant. Elle en a eu vingt-sept, qui ont été suivies d'une amélioration marquée. Au mois de mai de cette année, elles sont revenues et ne l'ont plus quittée. Ces crises, au dire des parents et de la malade, sont de deux espèces par rapport à l'intensité. Cette malade a offert une particularité que nous avons constatée plusieurs fois chez les femmes hystériques à phénomènes extatiques, cataleptiques, etc. : je veux parler de l'abstinence plus ou moins prolongée. A diverses reprises elle a refusé les aliments, et quelque temps avant sont entrée, elle a été trois semaines sans manger, prenant à peine quelques cuillerées de potage, et dans les dix derniers jours se contentant de cuillerées d'eau. Malgré la prolongation de ce jeûne, sa figure et sa constitution ne nous ont pas paru sensiblement altérées.

Dès son entrée dans la maison, mademoiselle C... a présenté les symptômes suivants : à six heures et demie du matin, elle a cessé de parler, s'est couchée sur le côté gauche, en raison de la doulenr du cou, en poussant un petit gémissement qui consistait en *hou hou* répétés. Dans cet état, elle était pelotonnée sur elle-même; ses yeux fixés ou renversés en haut n'étaient impressionnés par l'approche rapide d'aucun corps; la pupille, de grandeur naturelle, ne se dilatait ni se contractait. Par moments, la malade avait des mouvements convulsifs et bondissait sur son lit. Elle ne répondait pas quand on lui adressait la parole, et ne faisait aucun mouvement lorsqu'on entrait dans sa chambre et qu'elle n'était pas agitée ; mais quelque légèrement qu'on la touchât, à l'instant même elle sautait comme si elle avait reçu une décharge électrique et jetait des cris rauques, inarticulés. Si l'on continuait à la toucher elle était prise de convulsions violentes pendant lesquelles elle exécutait les mouvements les plus rapides et les plus variés. Quand elle sortait de cet état, ce qui arrivait brusquement, elle souriait, prenait son ouvrage, un livre, faisait son repas, ne se plaignait d'aucune douleur et ne se rappelait rien de ce qui était arrivé. Cette crise, qu'on aurait pu appeler le petit mal, se prolongeait environ trois à quatre heures avec des alternatives de rechute et de retour à l'état normal. Dans l'intervalle de ces crises, elle restait souvent immobile, les yeux fixes, tournés vers le ciel, le sourire sur les lèvres, murmurant des mots inintelligibles ou paraissant plongée dans une sorte de béatitude.

Les crises de l'après-midi, qui commençaient en général vers deux ou trois heures et duraient jusqu'à cinq ou six heures, quelquefois plus, quelquefois moins, étaient beaucoup plus intenses et avaient une grande analogie avec celles des convulsionnaires de Saint-Médard. *Après plusieurs bonds très élevés sur son lit*, elle jetait ses jambes en avant sur le bord du lit, comme si elle eût voulu tâter le terrain, et se précipitait avec la vivacité du singe sur le tapis de son appartenent; là, comme ces joujoux à ressort que la plus légère pression fait sauter dans tous les sens, *elle exécutait des bonds prodigieux sur les coudes, sur les genoux, en haut, en arrière, en avant, si prestes, si brusques, qu'on aurait pu être blessé si l'on s'était trouvé en contact avec elle*. Dans l'une de ces évolutions, elle se frappa avec une telle violence contre une barre de bois, qu'elle en fut contusionnée; en reprenant sa connaissance elle n'avait aucun souvenir de l'accident et se plaignait à peine de la contusion. Pendant ces agitations convulsives multipliées, elle ne se découvrait

jamais quoiqu'elle n'eût pour tout vêtement qu'une chemise de toile longue, dont même elle déchirait souvent les extrémités. Si, pendant ces accès, la porte de sa chambre venait à s'ouvrir, elle cherchait à s'enfuir, en rampant comme une couleuvre. Lorsque ces bonds avaient persisté quelques temps, elle s'accroupissait à la manière des tailleurs en renversant avec force la tête en arrière pour respirer plus largement. L'inspiration était longue, sifflante et répétée. Par moments, elle s'écriait : *Que je souffre !* Tantôt elle pleurait, tantôt elle poussait des cris, des gémissements, de véritables hurlements. Quand les mouvements convulsifs s'arrêtaient, *elle se parlait à elle-même ; le plus ordinairement elle commençait ses discours par des mots grossiers, puis elle se répandait en injures contre les médecins qui l'avaient soignée, leur attribuant tous ses maux, et elle terminait ses imprécations par les mêmes paroles grossières. Parfois ses monologues roulaient sur sa famille, ses souvenirs d'enfance, ou bien elle se moquait de tout, ne semblait croire à rien.*

Les crises avaient lieu soit en présence de sa domestique ou d'autres personnes de la maison, soit pendant qu'elle était seule, ce qui avait souvent lieu d'après nos ordres ; maintes fois nous l'avons alors observée à travers une ouverture de sa porte, c'était la même répétition de mouvements convulsifs, de poses extatiques : des mesures de précaution et une surveillance continuelle ont empêché les accidents. Les crises étaient plus ou moins repétées. Un jour nous en avons compté treize ; le plus souvent, la connaissance revenait aussitôt l'accès terminé. La jeune malade n'accusait ni douleur, ni fatigue ; sa figure, très changée dans l'accès, reprenait instantanément son air doux et souriant, et fréquemment elle continuait la conversation au point où elle l'avait laissée. Plus les crises étaient fortes, plus l'appétit était vif ; la menstruation se faisait bien.

...A la visite de M. Cerise, mademoiselle C... se trouvait également dans son état normal. Bientôt après, elle eut ses petites extases ; M. Cerise ayant profité de cette disposition pour faire des passes magnétiques, il se produisit sur-le-champ des secousses électriques et une insensibilité complète pour le monde extérieur. Les crises, sous cette influence, devinrent très violentes, la malade bondit de son lit sur le tapis, se roula en tous sens et se leva en l'air plusieurs fois, en faisant entendre un sifflement prolongé ; tour à tour elle éclatait en sanglots ou pouffait de rire. Ces symptômes étaient remplacés par la toux convulsive fatigante des hystériques. *Après avoir duré une demi-heure, ces accidents cessèrent, et mademoiselle C... tomba dans une extase qui était une imitation remarquable de la figure séraphique de sainte Thérèse.*

M. Cerise et moi nous nous regardâmes au même moment ; notre pensée avait été la même ; quelle impression cette forme plastique ne devait-elle pas produire sur la multitude qui entourait le tombeau du diacre Pâris !...

Malgré la forme inusitée qu'ont présentée ici les grands mouvements de la seconde période, il est difficile de méconnaître les analogies qui résultent des phénomènes de délire ou d'extase par lesquels l'attaque se terminait.

OBSERVATION CXXI[1]. — *Attaques convulsives composées d'une période épileptoïde, d'une période de contorsions (arc de cercle) et de grands mouvements, et d'une période de délire.*

R... (Maria-Annette), vingt-cinq ans, couturière. Pas d'hérédité nerveuse ascendante ou collatérale ; la mère cependant a longtemps souffert de l'estomac, et le père a eu, en 1861, une attaque de paralysie. La malade a eu du rachitisme et n'a marché qu'à quatre ans. Elle a toujours eu un caractère un peu excitable, mais elle n'a présenté de symptômes nerveux qu'à l'âge de dix-sept ans, avant la première apparition des menstrues qui ont toujours été irrégulières avec des suspensions de cinq à huit mois.

La première attaque est survenue à l'âge de dix-sept ans, sa seule cause appréciable est que la malade avait reçu des coups sur la tête. Depuis lors les attaques se sont répétées sans régularité, le plus souvent elles sont hystéro-épileptiques. Elles sont annoncées un, deux, trois ou quatre jours à l'avance par un redoublement des souffrances habituelles, puis subitement la tête se fléchit et la face se tourne vers l'épaule droite sans que la malade puisse s'y opposer. Elle ne perd pas encore connaissance cependant ; elle entend tout, mais elle ne peut parler, sauf dans quelques cas où elle crie : « Ah ! je suis malade ; » puis elle tombe si elle est debout. *Pendant cette première période de l'attaque qui s'accompagne de boule hystérique, de constriction pharyngienne et de contracture des muscles du cou*, la malade souffre beaucoup jusqu'à ce qu'elle perde connaissance. Cette perte arrive plus vite si, dans sa chute, la malade se heurte contre un meuble ou tombe violemment sur le plancher ; avec la perte de connaissance du monde extérieur arrive *l'attaque convulsive à convulsions larges, étendues, égales ; le tronc se courbe en arc ;* il y a des spasmes et des gémissements, et la malade porte ses mains au cou et à l'épigastre tout en criant : « Maman, maman ! » d'une voix qui exprime la souffrance. Rien de ce qui se dit ou fait autour de son lit n'est perçu par elle à ce moment de l'attaque. Il y a un, deux ou trois paroxysmes de ce genre, puis l'attaque cesse au bout d'une demi-heure ou une heure, laissant à sa suite de la céphalalgie, de la fatigue et des points douloureux. *Dans quelques-uns des paroxysmes de quelques attaques, il y a de la raideur tétanique du tronc et des membres, des grimaces de la face qui devient livide, un peu d'écume à la bouche, c'est la période épileptiforme.*

Juin 1861. — Les attaques se sont rapprochées de plus en plus, elles arrivent tous les huit, quinze ou vingt jours, et *sont suivies quelquefois d'un peu de délire pendant lequel la malade déraisonne légèrement, se croit ailleurs que là où elle est, ne reconnaît pas les personnes qui l'entourent, a perdu la mémoire et a des idées singulières.* Dans l'intervalle des attaques reviennent des accidents hystériques très variés, formant quelquefois de légères attaques sans mélange d'épilepsie ou bien s'y mélangeant.

Nous retrouverons facilement, dans cette observation, la première

1. Dunant, *De l'hystéro-épilepsie*, Th. Paris, 1863. Obs. I.

période (période épileptoïde) et la deuxième période avec les *grands mouvements* et la *contorsion* si commune de l'arc de cercle. Il est dit de plus que les attaques étaient quelquefois suivies d'une *phase délirante* dans laquelle on peut reconnaître les caractères de notre quatrième période.

OSERVATION CXXII[1]. — *Hystéro-épilepsie survenue à la suite d'une vive émotion. — Attaques dans lesquelles on retrouve une période épileptoïde, une période de convulsions violentes, et une phase marquée par du délire avec hallucination et par l'attitude de l'extase. — Mais il paraît y avoir inversion dans le mode de succession des diverses périodes.*

C... (Fanny), âgée de vingt ans. Mère très irritable, morte il y a cinq ans ; père bien portant ; pas de frère ni sœur.

Convulsions dans la première enfance. A seize ans, n'ayant jamais eu d'attaques de nerfs auparavant, *elle assista à la mort de sa mère*, et immédiatement ses règles, qui coulaient, s'arrêtèrent, et elle eut une première attaque qui dura vingt-quatre heures, avec perte de connaissance. La seconde attaque parut un mois après. Les suivantes se rapprochèrent, et, à une certaine époque, elles revenaient tous les jours pendant deux mois. La malade, dont l'intelligence est peu active, ne peut donner de renseignements plus détaillés. Elle est petite, maigre, et d'une constitution faible ; elle tousse fréquemment, sans présenter de signes de tuberculisation à l'auscultation. Elle louche légèrement ; sa parole est lente et un peu embarrassée ; elle est très sujette à des palpitations, à des nausées, à des douleurs vagues, surtout avant ses attaques.

Tous les mois environ, elle est malade pendant plusieurs jours de suite. Entre ces périodes, elle a des accès d'épilepsie isolés, mais pas très complets. Dans les séries maladives, l'hystérie et l'épilepsie se combinent diversement, mais l'hystérie domine presque toujours. La plupart du temps, les attaques se présentent comme suit : après quelques prodromes, tels que malaise général, tristesse, douleurs, nausées, vient une attaque hystérique, *avec perte apparente de connaissance et des mouvements très étendus.* Sans percevoir rien de ce qui se passe autour d'elle, *elle paraît dominée par le souvenir ou par la vue de sa mère mourante, car elle crie sans cesse : « Maman, maman, réponds-moi ! Ah ! maman, tu ne me réponds plus.* » Puis survient un moment de calme ; elle reste couchée sur le côté gauche, les yeux ouverts et fixes, dans une insensibilité et une immobilité complètes. La respiration se fait bien, il y a quelques secousses dans le côté droit de la face. *Après deux ou trois minutes de ce calme, tout à coup se montre l'épilepsie;* la tête se dévie à droite, la face pâlit, les membres se raidissent et s'agitent plus fortement du côté gauche, la figure se convulse et devient livide, l'écume paraît à la bouche, la perte de connaissance et de sensibilité est absolue ; puis la prostration sans ronflement et l'hébétude précèdent le retour à la lucidité. L'attaque est alors finie, ou bien recommencent les phénomènes hystériques,

1. Dunant, *loc. cit.*, obs. III.

puis les épileptiques, plusieurs fois de suite. Quelquefois, elle a des attaques hystériques isolées ou des accès épileptiques isolés. *Entre les attaques elle a une anesthésie permanente complète de tout le côté droit.* De ce côté, les piqûres de la peau ne saignent pas. Jamais ce côté n'est atteint de chorée, tandis que du côté gauche les membres sont, après quelques-unes des attaques, en état de contracture et agités de secousses rythmiques choréiformes persistant pendant plusieurs jours, jusqu'à ce qu'un accès d'épilepsie vienne y mettre fin...

17 avril. — La chorée a disparu peu à peu et sans attaque sous l'influence des douches froides. Souvent elle est arrêtée par l'application de ventouses scarifiées le long de la colonne vertébrale...

24 octobre. — Hier soir plusieurs malades voisines avaient leurs attaques, chacune avec son cachet propre : l'une, de l'épilepsie précédée d'angine de poitrine ; une seconde, un état de mal épileptique ; une troisième, une attaque d'hystérie ; notre malade, qui avait été indisposée toute la journée, eut une attaque avec grandes convulsions hystériques du tronc et des membres. Quoique camisolée, elle se jette en avant, se rejette violemment en arrière, en criant comme de coutume : « Maman, ah ! maman, réponds-moi. » Les bras sont projetés au loin, la figure est rouge, mais non convulsée, la tête non déviée, il y a insensibilité et perte de la perception pour tout ce qui se fait autour d'elle. *Après cinq minutes de cette agitation survient du calme avec de l'extase* et quelques secousses dans la face, mais la perte de la connaissance persiste. Tout à coup, la tête se dévie à droite ; la face grimace, le regard se fixe : c'est un accès d'épilepsie à trois périodes, tonique, clonique et résolutive, avec stertor, écume et stupeur.

Cette observation présente au complet tous les éléments de notre description, mais ils sont épars et sans ordre.

L'hystérie chez cette malade s'est déclarée à seize ans, sous l'influence d'une émotion vive, la mort de sa mère. Et c'est cette pensée qui, pendant le délire des grandes attaques, revient sans cesse à son esprit.

La malade était-elle en même temps épileptique ? En outre des crises manifestement hystériques, a-t-elle eu des accès véritablement épileptiques ? La chose est possible. Mais c'est ce que la simple lecture de cette observation ne permet pas d'affirmer. Les accès décrits comme épileptiques peuvent fort bien être interprétés dans le sens de notre période épileptoïde. Enfin rien ne s'oppose à ce que cette même malade ait présenté alternativement les deux sortes d'accès, tantôt les accès épileptiques, tantôt les accès épileptoïdes. Les détails d'observation manquent pour permettre de prendre un parti entre ces diverses suppositions. Quoiqu'il en soit l'existence de l'hystérie n'est pas douteuse. On a noté la présence de l'*hémianesthésie*. Pour ce qui est des phénomènes qui composent la grande attaque hystérique, en outre des signes épileptoïdes de la première période, les mouvements très étendus et l'agitation de la *deuxième période* sont fort bien indiqués, et

le délire avec hallucination : « Maman, réponds-moi ! etc., » ainsi que l'*attitude de l'extase* dont il est parlé, suffisent à caractériser la troisième période.

Observation CXXIII [1]. — *Crises composées d'une période de clownisme et d'une période épileptoïde.*

B... (Henriette), âgée de vingt-six ans, lingère. Père mort poitrinaire, mère bien portante; sur huit frères et sœurs, trois sont morts poitrinaires, les autres se portent bien...

6 décembre. — Ce matin il y a une épidémie d'attaques hystériques et hystéro-épileptiques; cinq malades en ont à la fois. Notre malade a d'abord une attaque hystérique : *spasmes, convulsions étendues, les bras s'agitent en tous sens* comme chez une personne qui lutte, cris, face vultueuse non convulsée, insensibilité à toute excitation. *La malade cherche à mordre*, et une mèche de ses cheveux étant entrée dans sa bouche elle les coupe avec ses dents, les mâche et les avale sans qu'on ait pu s'y opposer. Ils provoquent de l'étouffement, des haut-le-corps, et sont enfin rendus mélangés à une écume visqueuse. A ce moment il se fait une détente générale avec retour incomplet de la connaissance. Puis de nouveau apparaît une crise convulsive instantanée, *commençant par de la raideur des membres qui sont contournés et se continuant par d'autres phénomènes épileptiformes* : arrêt de la respiration, face hideuse, pâle, puis livide, paupières ouvertes puis yeux convulsés en strabisme convergent, mâchoire déviée à gauche et fixe, contraction fibrillaire des muscles de la face ; perte absolue de connaissance et de sensibilité. Ensuite secousses cloniques rares, puis résolution, pas d'écume, retour rapide à la connaissance. L'accès est passé, mais bientôt reparaissent les accidents hystériques, puis les épileptiques.

Ici le doute ne paraît guère permis et la seconde phase de l'attaque s'éloigne assez de l'épilepsie vraie pour être considérée comme purement épileptoïde. La première phase offre un bel exemple des phénomènes que nous avons décrits sous le nom de clownisme. Il semble donc que chez cette malade l'ordre de succession des périodes de l'attaque ait été interverti.

Observation CXXIV [2]. — *Hystéro-épilepsie à crises séparées et à attaques mixtes. Ces dernières présentent les principaux caractères de la grande attaque hystérique. Troubles nerveux variés.*

D... (Fanny-Désirée), âgée de vingt-cinq ans. Père épileptique, mort dans une attaque; grand-père paternel, somnambule; un oncle paternel, aliéné;

1. Dunant, *loc. cit.*, obs. IV.
2. Dunant, *loc. cit.*, obs. V.

une cousine issue de germaine de son père est épileptique et idiote; mère hystéro-épileptique morte il y a dix ans; deux frères, morts aujourd'hui, étaient épileptiques; deux sœurs sont bien portantes; le seul enfant qu'ait eu la malade est mort à huit jours dans des convulsions qui avaient commencé à l'instant de la naissance. D'après les informations qu'a prises M. Moreau, ces renseignements fournis par la malade sont exacts.

La malade a eu des convulsions à l'âge de cinq ans. Depuis lors elle a toujours eu des crises de nerfs, les unes avec conservation, les autres avec perte de connaissance; jusqu'à l'âge de dix-neuf ans, cela paraît avoir été de l'épilepsie pure (chutes, morsures de la langue); à cet âge ont paru de longues attaques avec cris et grandes convulsions. La malade a été traitée par M. Falret, à la Salpêtrière, et par M. Morel, à Saint-Yon. Pendant le travail de l'accouchement (août 1860), elle eut des convulsions que l'on appela de l'éclampsie. Avant sa couche elle avait passé dix-huit mois bien portante au sortir de Saint-Yon; mais depuis lors les attaques sont revenues comme auparavant.

12 avril 1861. — Peu de jours après son entrée dans le service, elle a une forte attaque convulsive qui dure plusieurs heures et qui laisse après elle, dans les membres du côté gauche, de la contracture, suivie le lendemain de paralysie avec anesthésie.

14 avril. — On constate de la contracture de la face; la mâchoire inférieure, entraînée en arrière, est maintenant fixe dans cette position, la lèvre inférieure contracturée s'enfonce horizontalement dans la bouche, les élévateurs des ailes du nez et de la lèvre sont également contracturés.

16 avril. — La contracture de la face a fait place à des contractions choréiformes qui occasionnent des grimaces continuelles.

26 avril. — Hier soir il y a eu *une attaque convulsive complexe, pendant laquelle la malade, insensible à toute excitation externe, parlait à haute voix, de noyée, de pendue, et enfin de cadavre étendu sur une table; sa figure exprimait la terreur.* Ce matin elle se souvient d'avoir eu comme un mauvais rêve et de s'être vue elle-même noyée, pendue et disséquée. Elle rapporte ces hallucinations à une impression très vive de frayeur qu'elle eut à son arrivée à Paris en visitant la Morgue.

7 mai. — La malade a eu du délire plusieurs fois; ce matin ce sont des contractions de la face. Elle prend de la belladone depuis quinze jours (pilules de Bretonneau). L'hypnotisme provoque le sommeil, la cessation des grimaces et fait naître le délire. L'éther en inhalations procure un sommeil paisible avec cessation des contractures.

31 mai. — Les hallucinations variées et passagères de la vue et de l'ouïe, les attaques hystériformes, les accès d'épilepsie, la contracture ou les convulsions de la face alternent entre elles d'un jour à l'autre. Les hallucinations laissent souvent après elles une grande tristesse. Aujourd'hui la malade est très susceptible et irritable.

8 juin. — Agitation, préoccupation, impossibilité de fixer l'attention sur quoi que ce soit.

23 juin. — Il y a une extrême mobilité dans tous les phénomènes. Avant-hier c'étaient des hallucinations, hier une sorte d'anéantissement de la pensée, et le soir un violent accès d'épilepsie, à la suite duquel l'agitation a été si grande qu'on a dû employer la camisole de force. Ce matin, accès complexe hystéro-épileptiforme dont voici le tableau. Après quelques mouve-

ments convulsifs de la face, les traits se tirent, le maxillaire inférieur se retire en arrière, la lèvre inférieure se repliant sur les dents. Les yeux, très mobiles d'abord, se fixent, les paupières se ferment à demi, il y a du strabisme convergent. Au bout de quelques minutes, la tête se meut très rapidement par un mouvement de rotation alternative à droite et à gauche. La malade pousse des gémissements, de petits cris plaintifs, mais ne peut parler. La face rougit, le corps se raidit, les bras sont contracturés et très fortement fléchis, les pouces sont pliés et serrés par les autres doigts. Il n'y a pas de grands mouvements, mais la malade s'arc-boute de la tête et des pieds sur son lit, dont elle fait plier les barreaux de fer par un violent effort d'extension. Pendant tout ce temps elle grince des dents. Tout à coup la résolution arrive, les yeux se rouvrent et restent fixes, le regard est sans expression. Après un instant de repos, la malade s'agite et l'accès recommence sans que l'écume paraisse jamais à la bouche. Après ces accès, elle s'agite et déchire tout ce qui lui tombe sous la main. Ce matin elle a des hallucinations et répond à un être invisible qui paraît la tourmenter. Toutes les questions qu'on lui adresse restent sans réponse, elle ne les a pas perçues.

26 juin. — Hier soir un accès franc d'épilepsie avec écume à la bouche.

1er juillet. — Hier, la malade déchirait ses vêtements, elle ne peut dire pourquoi, c'est quelque chose de plus fort qu'elle qui l'y pousse, quoiqu'elle cherche à résister. Ce matin elle a une crise convulsive avec cris et grande agitation et se terminant par un accès d'épilepsie avec ronflement et écume à la bouche.

4 juillet. — L'agitation est constante et extrême; la malade veut se tuer; elle menace, crie et mord; on a dû la descendre au quartier de force. Hier elle a eu trois accès convulsifs.

Décembre 1861. — L'état de cette malade a peu changé. Les phénomènes morbides ont toujours une extrême mobilité, que l'emploi du hachisch, pendant deux mois, n'a fait que rendre plus appréciables.

Que nous ayons affaire ici à un cas d'hystéro-épilepsie véritable en ce sens que l'hystérie existait là associée à l'épilepsie vraie; que la malade ait été d'abord épileptique, puis, l'hystérie survenant, qu'elle ait continué à avoir, de temps à autre, en dehors de ses attaques où l'hystérie prédominait, des attaques de véritable épilepsie, c'est fort possible, et ses nombreux antécédents héréditaires lui en donnent bien le droit. Mais il n'en est pas moins vrai que dans les attaques où les symptômes des deux névroses paraissaient se mêler, on retrouve facilement les caractères de la grande attaque hystérique, telle que nous l'avons décrite avec ses diverses périodes.

Cette analogie est fort intéressante à constater dans ce cas, car, contrairement à l'opinion de l'auteur, il est fort probable, qu'il en était de cette malade comme de celles que nous avons observées; et que, dans les attaques mixtes, l'épilepsie n'était que dans la forme, la nature même des accidents ne relevant que de l'hystérie, mais de la forme grave de l'hystérie, ou grande hystérie.

J'ai rapporté tout au long cette observation, car, en outre des attaques, il est, entre les phénomènes morbides variés qu'a présentés la malade et ceux que nous avons nous-même observés, de nombreux points de rapprochement : contractures partielles, paralysies partielles avec anesthésie, contractions choréiformes, hallucinations variées et passagères de la vue et de l'ouïe, agitation, tristesse, impossibilité de fixer l'attention, sommeil par l'hypnotisme, etc.

OBSERVATION CXXV[1]. — *Hystéro-épilepsie développée à la suite de deux frayeurs. — Vertiges épileptiques. — Crises convulsives violentes mêlées d'hallucinations. — Souvenir des hallucinations après l'attaque.*

T... (Louise), âgée de trente-six ans. Réglée à vingt et un ans, cette malade a une forte constitution, mais elle éprouvait avant le début de sa maladie de fréquentes pertes de connaissance (probablement des vertiges épileptiques comme ceux qu'elle a encore). Elle ne peut fournir d'autres renseignements, parce que sa mémoire s'est affaiblie beaucoup ; elle paraît avoir été intelligente. La première attaque convulsive survint vers vingt-deux ans, *un mois après avoir été fortement impressionnée par la mort de son frère qui s'était brûlé la cervelle. A l'âge de sept ans, elle avait déjà eu une peur très vive en voyant sa mère assassinée.*

Sur l'observation prise à l'époque de son entrée dans l'asile, nous ne voyons mentionnées que les grandes attaques hystériques. Elle a cependant, d'après le rapport des dames surveillantes, des filles de service et de toutes les malades voisines, des étourdissements fréquents, qui se passent de la manière suivante. Si la malade n'est pas debout, elle se lève sans laisser tomber ce qu'elle tient à la main ; elle perd connaissance, ne répond plus aux questions qu'on lui adresse ; son teint devient blême, ses yeux s'enfoncent, son expression est celle d'une idiote ; puis au bout de une ou deux minutes, l'intelligence renaît rapidement.

Les attaques que nous avons vues plusieurs fois appartiennent à l'hystérie. Elles surviennent de préférence, mais non exclusivement, au moment des règles. *La malade sent venir ses attaques et demande à être camisolée.* Pendant les jours qui précèdent, il y a de l'insomnie ; le caractère est irritable et mobile. *Plus tard apparaissent la boule, la dysphagie, les spasmes du larynx et enfin les convulsions étendues et très fortes du tronc et des membres.* La respiration est gênée ; le cou grossit, la face est rouge, les yeux sortent de leur orbite. Des cris violents témoignent que quelque chose se passe dans l'intelligence de la malade *qui semble assister à la mort de sa mère, car elle s'écrie : « Je vois des assassins ; étanchez ce sang. » Ces exclamations sont accompagnées de gestes d'effroi et une expression d'horreur se peint sur son visage qui est bouleversé.* Après cette forte crise, tantôt la malade revient à elle définitivement, ou jusqu'à un nouveau paroxysme ; tantôt il reste de la contracture et des secousses peu étendues dans les membres, de la raideur du cou, de l'écume à la bouche, puis la résolution arrive et la ma-

1. Dunant, *loc. cit.*, obs. VI.

lade reprend connaissance ; *il lui semble qu'elle a fait un mauvais rêve.*

Les attaques rapportées dans cette observation présentent de grandes analogies avec notre description. On y retrouve sans peine les diverses périodes. La malade voit du sang pendant la période des hallucinations.

Nous savons que le vertige épileptoïde, comme nous l'avons démontré plus haut quand nous avons traité des variétés de l'attaque, appartient aussi à la grande hystérie. Il n'est donc pas nécessaire de faire intervenir ici l'épilepsie, et sans qu'on puisse l'affirmer d'après les seuls détails de l'observation, cette malade peut bien n'être qu'une hystéro-épileptique sans épilepsie, comme nos malades.

Observation CXXVI[1]. — *Eugénie C..., âgée de vingt et un ans. Entrée le* 13 *novembre* 1866 *dans le service du professeur Lasègue à l'hôpital Necker. — Début de la maladie en mars* 1866 *par des lypothymies et des syncopes. — Attaques de coma. — Attaques convulsives composées d'une période épileptoïde très nette, suivie d'une période de clownisme. — Arrêt de l'attaque par la pression ovarienne. — Analgésie de tout le corps à l'exception du lobule de l'oreille gauche.*

Sommeil hypnotique par la pression avec la main sur le front et au-dessus des yeux. — Occlusion des paupières qui, soulevées, montrent les yeux convulsés en bas. — Modifications de l'état de sensibilité. — Changement de caractère et d'allures. — Production du sommeil artificiel pendant le sommeil ordinaire. — Les inhalations chloroformiques ne font pas cesser le sommeil hynotique, qui persiste après que le chloroforme a cessé son action. — Les séances répétées d'hypnotisme n'ont aucune influence curative. —Pendant le sommeil hypnotique, modification de la sensibilité par les passes. — Effets de sensibilité à distance.

DESCRIPTION DE L'ATTAQUE CONVULSIVE

Tout d'abord, notre malade est parfois (pas toujours) prise de contractures douloureuses dans les mains ; puis elle tombe, sans cri, dans un coma profond, n'étant prévenue du moment où elle va perdre connaissance que par des contractures, lorsqu'elle en a. Ce coma, variable dans sa durée, constitue quelquefois toute l'attaque. Elle semble alors dormir d'un sommeil profond, sommeil avec ronflement stertoreux, grave, et raideur de tout le corps. Le tout s'accompagne, tantôt d'une pâleur livide, lorsqu'il doit durer longtemps, tantôt, le plus souvent, d'une rougeur intense, la face devient vultueuse, les yeux sont fermés et convulsés en bas. Bien rarement elle les ouvre ; elle est alors affectée d'un strabisme divergent. Bientôt, après qu'elle a tiré plusieurs

1. (Extraits) Baillif, *Du sommeil magnétique dans l'hystérie*. Thèses Strasbourg, 1868, p. 30.

fois la langue, ses bras se raidissent et se portent énergiquement le long du tronc; les pouces sont fortement rentrés, et *le corps tout entier ne tarde pas à être pris de contractions toniques; par moments, la tête seule et les talons sont appuyés sur le lit, le sternum lentement et fortement projeté en avant.* Un hoquet accompagne souvent cet état tétanique. La respiration semble abolie, la malade paraît étouffer, et porte par des mouvements brusques et rapides une main à la gorge, qu'elle laboure énergiquement; un corps dont elle veut se débarrasser semble lui étreindre le larynx. La face, pendant cet état qui dure de soixante à quatre-vingts secondes, est fortement agitée; la respiration n'est plus perceptible, le pouls est fréquent, les battements du cœur tumultueux. Puis, *la malade se rapproche de la franche attaque d'hystérie, s'arrache les cheveux, fait des bonds qui la jetteraient hors du lit si on ne la retenait;* ses membres sont agités de convulsions cloniques; elle continue à porter la main à sa gorge, qu'elle déchire. Si, en ce moment, on examine l'abdomen, on le voit énormément distendu par les gaz, d'une dureté extrême. C'est généralement pendant qu'il est considérablement distendu, que les contractions toniques ou cloniques sont le plus violentes. Ne serait-ce pas parce que le diaphragme, fortement repoussé par les gaz de l'intestin, ne peut plus du tout agir dans l'inspiration et vient ajouter un élément de plus à la gêne de la respiration?

Pendant cette seconde phase de l'attaque, la face est moins rouge, la respiration est toujours très lente, le pouls fréquent et les battements tumultueux. Ensuite, la malade retombe dans le coma, sorte de trêve, répit donné à l'organisme. Assez souvent ce coma est suivi d'un grincement de dents, grincement rapide et énergique, que l'on rencontre d'une façon intermittente pendant toutes les périodes de l'attaque. Inutile d'ajouter que toutes les sensibilités sont abolies. Il faut en excepter une, la sensibilité à la région ovarique; nous y reviendrons dans un instant.

Cet état, avec une alternative de coma et de contractions cloniques et toniques dure en moyenne trois heures, lorsque la malade est abandonnée à elle-même. Après quoi, sans encore pouvoir ouvrir les yeux, elle reprend lentement connaissance. Sa sensibilité revient peu à peu, ses contractions disparaissent, mais lentement. Ni les pleurs, ni les rires, si fréquents à la suite de l'attaque d'hystérie. Une chose digne de remarque, c'est que la malade ne reprend la mémoire que du moment où elle ouvre les yeux; depuis un temps assez long déjà, elle a reconnu les personnes qui l'entourent, répondant aux questions qu'on lui adresse, et cependant, au moment seulement où elle ouvre les yeux, elle semble se réveiller, et est surprise de vous trouver à ses côtés... Cette forme d'hystérie a-t-elle aussi son point de départ dans l'ovaire, comme l'a le premier pensé notre vénéré maître, le savant professeur Schützenberger? En effet, nous avons souvent eu l'occasion de voir M. Schützenberger provoquer des attaques en pratiquant une pression sur la région ovarique. Ici, tout au contraire, une pression sur la région ovarique *arrête* l'attaque. Si au début de l'attaque, on exerce une pression énergique, on fait avorter l'attaque; si déjà elle dure depuis un certain temps, on obtient encore le même résultat, mais il faut une action plus énergique et plus prolongée. Ce moyen nous a toujours réussi chez cette malade, et elle n'a jamais repris son attaque.

Voici ce qui se passe : la malade, tout d'abord, revient peu à peu à elle,

elle semble beuacoup souffrir de la gêne de la respiration ; elle fait des efforts pour retirer votre main, et répond par signe à vos questions. Puis, on la voit prendre une ou plusieurs larges inspirations, et enfin une dernière énorme, semblable à celle d'une personne qui pousserait un profond soupir. Alors tout est fini; elle ouvre aussitôt les yeux...

Les attaques ne se composent ici que des deux premières périodes, qui présentent leurs principaux caractères nettement tranchés et se succédant comme il convient. De plus, la pression ovarienne arrêtait les attaques; il existait même d'autres points hystérogènes.

Observation CXXVII[1]. — *Mère hystérique. — Danse de Saint-Guy à l'âge de dix ans. — Rhumatisme articulaire aigu. — Attaques de délire furieux. — A dix-huit ans, attaques convulsives avec perte de connaissance. — Troubles de la sensibilité. — Perversion des sentiments. — Les attaques convulsives sont ainsi composées : période épileptoïde réduite à la phase tonique; clownisme très accusé; période d'hallucinations et de délire survenant sous l'influence des inhalations de chloroforme. — Amnésie à la suite des attaques.*

Sommeil hypnotique produit par la pression des globes oculaires. — Hallucinations spontanées semblables à celles provoquées par le chloroforme. — L'attaque de délire violent à pu être arrêtée quelquefois, mais non toujours, par la production du sommeil hypnotique. — Phénomènes de sensibilité élective.

Mademoiselle Marie B..., giletière, entre à l'hôpital Necker, dans le service de M. Lasègue, le 7 février. — Elle se plaint d'être souvent, dans la journée, prise de pertes de connaissance, accompagnées, lui a-t-on rapporté, de *toquades* et de gestes les plus extravagants. Parfois elle a simplement des convulsions.

C'est une jeune fille de dix-huit ans. Sa mère a eu la même maladie qu'elle. A dix ans, danse de Saint-Guy qui a duré un an. Cette névrose ne l'a quittée que pour être remplacée par un rhumatisme articulaire aigu, qui s'est promené dans toutes les articulations. Elle a été soignée à l'hôpital Sainte-Eugénie par M. Barth. Elle ne paraît avoir eu ni péricardite ni endocardite. Ce rhumatisme a duré six mois, à la suite desquels notre malade est demeurée bien portante pendant un mois. Puis reprise de la danse de Saint-Guy, mais plus forte. Pendant cette seconde période de dix-huit mois, elle eut des attaques dans lesquelles elle perdait complètement connaissance. Enfin, à la suite d'un traitement approprié, les attaques diminuèrent en nombre et en intensité, et, depuis l'âge de douze ans, elle s'est à peu près bien portée jusqu'à l'âge de dix-sept ans, époque à laquelle, à la suite de vives contrariétés, elle retomba malade. Assez mal réglée depuis l'âge de quinze ans, elle a passé par des états de maigreur et d'embonpoint extrêmes. *Au mois de juin de l'année* 1866, *elle fut prise pendant la nuit d'un délire furieux,*

1. Résumée. Baillif, *loc. cit.*, p. 46.

frappant tout le monde, s'arrachant les cheveux, ayant les idées les plus incohérentes; cet état dura deux heures. Enfin pendant la journée et les jours suivants, elle eut une vingtaine de ces crises. Tout ce temps entremêlé de rémissions, pendant lesquelles la malade était dans son état ordinaire et n'avait aucun souvenir de ce qu'elle avait fait; il lui semblait avoir dormi. Elle eut ensuite une paraplégie hystérique des membres inférieurs, qui lui fit garder le lit pendant deux mois. Puis vint une amaurose ; sa vue était tellement faible qu'elle ne pouvait marcher qu'accompagnée.

Son médecin, M. Raymond, qui la soigne depuis neuf ans, lui ordonna la campagne. Elle fut envoyée à Suresnes chez des parents. *Là elle eut encore le délire.* Pendant l'un, elle partit comme une folle, vers quatre heures du soir, alla en courant jusqu'à Nanterre, où elle fut rejointe par un de ses cousins qui la ramena. En route, voyant qu'elle ne revenait pas à elle, il lui appliqua un vigoureux soufflet, qui eut pour effet de la faire tomber en léthargie. Force lui fut de la porter chez lui, où elle ne reprit connaissance que quelques heures après, mais toujours sans garder aucun souvenir de ses actes.

Attaque. — La jeune Marie B..., est le plus souvent avertie de son attaque. Tantôt, dit-elle, un fard lui monte de l'estomac à la gorge et l'étouffe; souvent aussi sa tête lui semble en feu, et elle tombe en poussant un cri. Parfois elle est prise d'un tremblement nerveux général, sensation de froid dans le dos, ou bien elle se prend à porter un regard fixe sur un point, rien ne peut l'en distraire, déjà elle ne s'appartient plus. *Les yeux bientôt se ferment, sa face bleuit, ses dents sont serrées et ses pouces fortement rentrés, tout son corps se raidit comme une barre de fer.* Ses yeux ordinairement fermés, s'entr'ouvrent quelquefois, roulent lentement d'un angle à l'autre, ou bien restent immobiles et plongés dans le ravissement extatique; souvent aussi ses yeux sont tellement naturels, qu'ils semblent vous parler, on est tenté de croire qu'elle voit; une bougie allumée et approchée de la pupille ne produit aucun réflexe. Le pouls est assez fréquent, les battements du cœur tumultueux, la respiration à peine sensible. Pendant tout ce temps, elle est étrangère à tout ce qui l'entoure. Cet état cesse et tous les membres sont pris d'un tremblement général, *alors arrivent les contractions cloniques ; la malade s'égratigne la figure, se tire les cheveux; projection obscénique du bassin ; les convulsions sont telles qu'il faut quelquefois la camisole de force.* Puis toute cette agitation disparaît, la malade a un abandon général de tout le corps. Elle dit étouffer, et demande le chloroforme, dont elle est très friande ; si on le lui donne, il la plonge dans un ravissement pendant lequel elle fait tout haut les rêves les plus extravagants, sa physionomie respire le bonheur et la volupté. Alors ou l'attaque cesse, ou bien elle continue en changeant de forme ; elle est prise tout à coup d'un fou rire, de ce rire saccadé propre aux hystériques; viennent ensuite des phénomènes cérébraux d'un tout autre ordre. La malade, les yeux fermés bien entendu, a des hallucinations de la vue ; autant elle paraissait heureuse tout à l'heure, autant maintenant elle est triste et découragée ; *elle vous prie instamment de renvoyer une femme qui est à son lit, avec un petit chien noir qui veut la mordre ; cette femme est invariablement vêtue de noir et a les yeux bleus.* Parfois c'est sa petite sœur, morte depuis quinze ans, qui vient, dit-elle, l'ennuyer. Dans cet état, elle a bien conscience de ce que vous lui dites ; mais elle vous ré-

pond comme si vous étiez un membre de sa famille. Tel jour, elle se croit marquise, duchesse ou reine, donne des ordre en conséquence. Nous insistons sur cette particularité, parce que nous la verrons paraître dans le sommeil provoqué.

Enfin elle revient de plus en plus à elle, reconnaît les personnes qui l'entourent, vous répond, mais ne peut ouvrir les yeux, ou si elle les ouvre, c'est sans en avoir conscience, et cependant elle cause avec vous, vous prie de la détacher, etc. ; elle a recouvré l'esprit sans avoir repris ses sens. Cet état dure plus ou moins longtemps, puis des larmes abondantes viennent clore la scène ; aussitôt après avoir pleuré, elle ouvre les yeux, voit et est très étonnée de vous trouver à côté d'elle. Souvent elle demeure un certain temps sur son séant, regardant de tous côtés pour se rappeler où elle est ; sa physionomie exprime l'étonnement et la crainte. Elle ne garde aucun souvenir de ces divers états, qui durent quelquefois trois heures et plus. Une chose nous a vivement frappé, la facilité avec laquelle la mémoire se perd ; nous aurons occasion de revenir sur ce sujet ; ajoutons cependant que nous avons maintes fois excité l'hilarité de cette jeune fille en lui racontant, dans l'état qui précède le réveil complet, la fable de l'âne et du petit chien. A chaque fois elle riait d'aussi bon cœur, à peu près aux mêmes passages, il lui semblait toujours les entendre pour la première fois ; à la vingtième, la chose n'avait rien perdu de son sel. Éveillée, elle ne connaissait même pas la fable de nom...

. . . .
. . . .
. . . .

Un matin à la visite, grand fut notre étonnement de trouver notre malade dans un *délire furieux*, ouvrant ses deux grands yeux noirs, vous fixant un instant, les roulant avec volubilité comme une personne exaltée, puis tout à coup semblant vous reconnaître, vous prenant pour un parent ou un ami d'enfance, s'entretenant avec vous comme tel.

Elle délirait ainsi depuis la veille au soir ; la nuit, le délire avait été tellement violent qu'on avait dû lui mettre la camisole de force.

Nous eûmes l'idée de l'hypnotiser dans cet état. Quelle ne fut pas notre surprise en la voyant au bout de peu de temps s'assoupir, puis passer à l'état hypnotique ! A partir de ce moment elle fut, comme à l'ordinaire, parfaitement raisonnable. Réveillée, une demi-heure après, elle fut étonnée de nous voir. Nous l'avions, disait-elle, endormie sans la réveiller.

Enchanté du résultat, nous nous promettions de recommencer l'expérience si l'occasion se présentait. Nous fûmes moins heureux. Deux jours après, le soir, pendant que nous étions dans la salle, elle fut prise de ce même délire. Nous voulûmes produire le sommeil provoqué ; elle s'en défendit énergiquement nous demandant, avec des flammes dans les yeux, si notre titre d'écuyer de l'impératrice nous autorisait à la toucher. Nous parvînmes cependant à lui appliquer la main sur les yeux, mais sans parvenir à l'endormir. Le lendemain matin, même état. Il avait duré toute la nuit, mais moins violent que la première fois. Nous pûmes alors l'hypnotiser et produire le même résultat que l'avant-veille ; même étonnement à son réveil, elle avait dormi ; aucune fatigue, après une excitation nerveuse de toute la nuit.

Dans cette observation, l'attaque débute par des *phénomènes épileptiformes* non douteux, mais la période épileptoïde n'est pas complète, la phase tonique prédomine. L'*agitation violente* qui suit rentre clairement dans la deuxième période. Enfin le chloroforme suscite des *hallucinations* et un *délire* qui présentent quelques caractères de la troisième et de la quatrième période. Nous avons vu que les inhalations d'éther ou de chloroforme occasionnent chez nos malades une variété de la grande attaque qui se trouve alors réduite aux attitudes passionnelles et aux hallucinations de la troisième période. Nous signalerons cependant ici une différence. Dans la règle, le souvenir des hallucinations de la troisième période persiste après l'attaque, tandis que la malade de M. Baillif ne garde la mémoire ni de son délire ni de ses visions. Ce qui est un point de ressemblance avec ce qui se passe dans le somnambulisme. Cette malade, d'ailleurs, pendant le sommeil provoqué, présentait les mêmes troubles cérébraux. Nous reviendrons plus loin sur ces cas de sommeil nerveux ou de somnambulisme provoqué.

Observation CXXVIII[1]. — *Crises convulsives composées de trois périodes bien caractérisées: 1° période épileptoïde; 2° période de clownisme; 3° hallucination. — La troisième phase s'est modifiée dans la suite; des phénomènes somnambuliques et cataleptiques s'y sont surajoutés.*

Il s'agit d'une jeune malade, âgée de dix-sept ans, offrant tous les attributs du tempérament hystérique. Vive intelligence, exaltations des sentiments, anémie, aménorrhée, dégoût des aliments (elle ne vit que de crudités et de vinaigre) et de plus anesthésie profonde de la peau, perte de la sensibilité tactile, thermique et musculaire, anesthésie complète de l'odorat et du goût.

Voici quelques extraits bien propres à montrer tout l'intérêt de cette observation.

Les attaques sont ainsi décrites :

... Ses membres étaient dans la résolution la plus complète. Une mousse légère et finement aérée apparaissait à ses lèvres, et elle l'expulsait par des efforts d'expuition. Cet état, qui se prolongea pendant dix minutes environ, fut suivi d'une nouvelle période de phénomènes tout différents. La mousse avait cessé, mais tout le corps fut pris de convulsions violentes, de secousses prolongées et saccadées que je remarquai être localisées dans *tout le membre inférieur droit* (c'était le côté contracturé depuis l'enfance) et dans le *bras du même côté*. Ce bras, fortement porté en arrière et fléchi, se tordait avec

1. Billet, *Contribution à l'étude des névroses extraordinaires*, Paris, 1874, p. 20.

une violence extrême, au point de faire craindre une luxation de l'épaule, où l'on entendait se produire des craquements. La jambe était fléchie complètement sur la cuisse et le pied sur la jambe ; mais ces mouvements de flexion étaient tellement exagérés qu'il faut les avoir vus pour pouvoir s'en rendre exactement compte. Les globes oculaires étaient convulsés en haut, au point que l'on pouvait à peine voir le grand cercle de l'iris, caché presque complètement sous l'arcade orbitaire supérieure. Ces phénomènes étaient à peine marqués de l'autre côté du corps.

Mon impression première fut, je dois l'avouer, que j'avais devant les yeux une attaque d'épilepsie; mais bientôt le tableau changea; les mouvements de torsion des membres supérieur et inférieur droits furent remplacés par des secousses générales de tout le corps, *des projections violentes du bassin, projections qui allèrent ensuite en s'affaiblissant, et qui finirent par être rythmées en cadence avec un ronchus sonore;* peu à peu ces projections, que je considère comme étant le type de ce qu'on a appelé l'hystérie libidineuse, cessèrent. La malade porta les mains à sa gorge; il semblait qu'elle étranglât et qu'elle voulût se débarrasser d'un objet qui pesait sur son larynx. Il y avait déjà une demi-heure que j'assistais à ces différentes phases de l'attaque, *quand mademoiselle S... se mit à pleurer, sans toutefois recouvrer connaissance;* ses gémissements, entrecoupés par quelques secousses violentes de tout le corps, furent enfin remplacés par une hallucination qui dura à peine quelques minutes. *La malade ouvrant les yeux démesurément, se jeta dans la ruelle de son lit comme sous l'empire d'une vision épouvantable* : « *Retirez cette fosse,* disait-elle, *retirez-la... ma mère...* » puis ce fut tout. Quelques instants après, elle se réveillait, ne conservant aucun souvenir de ce qui venait de se passer, mais ayant un violent mal de tête et une grande courbature. Je me retirai et elle se leva immédiatement pour satisfaire à un pressant besoin d'uriner. Jamais, depuis que ses attaques existaient, il n'était arrivé à la malade d'uriner au lit.

Les prodromes de l'accès consistaient en bâillements qui devenaient de plus en plus fréquents, à mesure que l'heure critique approchait. Dans la journée, la malade se sentait prise d'un ennui indéfinissable, et il lui arrivait d'avoir des absences qui duraient quelques secondes, mais sans éblouissements ni tintements d'oreilles.

On ne saurait trouver une description d'attaques plus conforme à celle que nous avons donnée. Dans la suite, la phase des hallucinations s'est modifiée. Elle s'est étendue en durée et des phénomènes somnambuliques et cataleptiques s'y sont surajoutés. Les deux premières périodes ont toujours conservé les mêmes caractères.

A 10 h. 1/2 du soir, 13 *juillet*, la crise arriva comme les jours précédents, avançant d'une heure sur la veille.

Je rapporterai d'une façon abrégée, pour ne point me répéter dans des détails, toutes les phases par lesquelles passait la malade. La première partie de l'attaque différa peu sensiblement de ce que j'avais observé la veille, mais arrivée à la période des hallucinations, la scène changea beaucoup. Mademoiselle S..., après les pleurs qui terminaient les convulsions, ouvrit les

yeux; il était minuit. L'épouvante la plus grande était peinte dans son regard, ses pupilles étaient fixes et extrêmement dilatées; toute sa face contractée respirait la terreur. Elle se dressa lentement sur son séant, regardant un point de la chambre, comme si elle y apercevait quelque chose de terrifiant. D'un mouvement rapide, elle se dressa, les bras portés en arrière, la poitrine haletante, et elle recula d'un pas saccadé que je ne puis mieux comparer qu'à celui que prend la tragédienne dans la scène de somnambulisme de la tragédie de *Macbeth*. C'était effroyablement beau! Elle recula ainsi jusqu'au mur, et, fuyant toujours avec le même terreur jusqu'à un angle de la chambre, elle s'arrêta. A ce moment la physionomie de l'épouvante était poussée chez elle au suprême degré. Je m'approchai d'elle et la pris par les bras, et soudain, ses yeux se fermèrent, sa figure redevint calme et reprit l'immobilité qu'elle avait dans le somnambulisme. Ses bras retombèrent le long de sa poitrine, et je la ramenai ainsi sur son lit que j'avais fait mettre à terre. L'état cataleptique existait dans toute sa force, je lui faisait prendre les poses les plus fantastiques, et les plus difficile à concilier avec les lois de la statique, sans qu'elle bronchât le moins du monde ou qu'elle en parût fatiguée. Elle répétait d'elle-même, exactement, les poses que, dans la journée, M. le docteur M... lui avait fait prendre. A peine sur son lit, et comme je ne la touchais plus, son hallucination reparut, il en fut ainsi jusqu'à quatre heures du matin. A deux heures je me trouvai dans un tel état de fatigue ou d'épuisement nerveux que je me retirai, la laissant entre les mains de sa bonne et d'une dame venue complaisamment. J'ignorais encore que, par le simple contact, on pouvait prévenir le retour des hallucinations. Je ne connus cette particularité que lorsque, le lendemain, sur le conseil de M. le docteur M... je fus allé voir M. le docteur Puel qui voulu bien m'éclairer de son expérience, et me promettre de venir le soir assister à la crise dont je lui avait esquissé les différentes phases.

14 juillet. — 9 h. 1/4 du soir — A l'instant où j'arrive, la malade vient de perdre connaissance. Elle a les membres en résolution, les dents serrées; les pupilles dilatées sont à demi cachées par la paupière supérieure; les globes oculaires légèrement convulsés, une mousse finement aérée et épaisse s'échappe des commissures labiales.

9 h. 20. — Quelques contractions des muscles de la face et des membres apparaissent. Ces contractions vont toujours en augmentant.

9 h. 30. — La malade s'appuie sur les pieds, tandis que sa tête, complètement fléchie en arrière, repose par la face sur les oreilles, au risque d'asphyxier: tout le corps forme un demi-cercle rigide (opisthotonos). Au bout d'une à deux minutes, cette contracture exagérée cesse pour recommencer aussitôt, il en est ainsi jusqu'à 9 h. 40 minutes.

9 h. 40 minutes. — Alors nouvelles convulsions, surtout du côté droit du corps, spasmes violents de la glotte, anxiété extrême; la respiration devient tellement difficile qu'il semble que l'axphyxie va se produire: de ses deux mains la malade se presse les seins, s'étreint le cou et semble vouloir en enlever un poids qui l'étrangle.

A 10 heures, projections du bassin avec plaintes prolongées, larmes, puis apparition de l'état cataleptique et d'un sommeil que j'appellerai pathologique, car ce n'est pas encore le somnambulisme véritable. Jusqu'à ce moment je n'ai pu entrer en communication avec la malade. Si je la touche, je

ne produis ni secousse ni tressaillement ; si je lui parle, elle ne répond pas; tous les sens paraissent abolis.

10 h. 15 minutes. — La scène change, la sensibilité est exquise. La malade se parle à elle-même très distinctement, exprimant ses plus secrètes pensées. Dans la journée, je lui avait prêté une brochure que j'avais publiée sur les événements de la dernière guerre. Elle en fait la critique assez longuement, blâmant tel passage qu'elle cite ou approuvant tel autre. Si tandis qu'elle parle, je la touche, elle se tait, même au milieu d'un mot, et peut répondre aux questions que je lui pose, mais avec une nouvelle intonation de voix et une contrainte manifeste. A toute question posée par une autre personne, elle ne répond pas, à moins que je ne le lui commande, et ne lui mette la main dans celle de l'interlocuteur. Si je l'entretiens pendant quelques minutes de choses complètement étrangères à son monologue commencé et que, subitement, je cesse de la toucher, elle reprend sa phrase, ou le mot interrompu, là où elle a été arrêtée. Comme je l'ai dit, son intonation de voix est tout à fait différente dans les deux cas. Quand elle se parle à elle-même elle le fait avec une volubilité très grande et une mimique physionomique toute particulière et les yeux fermés, tandis que, lorsqu'on l'interroge, sa figure est impassible, quelle que soit la conversation que l'on ait avec elle; elle parle lentement et comme si elle cherchait ses réponses qui sont toujours laconiques. On ne peut entrer en communication avec elle qu'en la touchant.

Son monologue est interrompu par l'arrivée de l'hallucination terrifiante. Mademoiselle S... se dresse lentement sur son séant, avec l'apparence de l'épouvante, comme dans la scène de la nuit précédente. Sa poitrine est haletante, sa démarche saccadée, sa figure rouge, ses yeux hagards aux pupilles fixes et extrêmement dilatées. A ce moment, elle est debout près de son lit. M. le docteur Puel, qui vient d'arriver, lui fait deux ou trois passes descendantes au-devant de la figure et le long du corps, son hallucination disparaît et elle ferme les yeux; il s'éloigne d'elle de huit à dix pas, et par la volonté et le geste, il l'appelle à lui; elle demeure immobile. Me substituant alors à mon confrère, qui m'a fait signe de prendre sa place, je répète sa mimique; immédiatement la malade vient à moi et ne s'arrête qu'à ma poitrine; du doigt je lui indique son lit, je puis même me dispenser de faire ce geste; elle se dirige aussitôt de ce côté et se recouche lentement. Un détail assez curieux est que, si je suspends le geste que je fais derrière elle, en même temps qu'elle se baisse pour se coucher, elle reste dans cette position jusqu'à que j'achève le geste commencé. Cette scène que je viens de raconter, peut se reproduire indéfiniment, ou du moins tant que la malade est dans l'état somnambulique actuel.

Dans ce sommeil, le toucher, le goût et l'odorat, qui dans l'état de veille sont tout à fait absents, paraissent intacts et peut-être même exagérés. En effet si l'on touche un point quelconque du corps, les muscles de cette région se contractent vivement comme sous l'action d'un électro-aimant. Si, d'une seule main, on tient un de ses bras, la contraction est moitié moindre que si on le tient des deux mains. Le contact se prolongeant, la contraction cesse d'avoir lieu et se trouve remplacée par des fourmillements. Les trois sens disparaissent toujours et entièrement au réveil de la malade.

Interrogée, elle me répond qu'elle se réveillera d'elle-même à deux heures A ce moment, je me retire dans la pièce voisine, afin de lui laisser ignorer

ma présence. Elle se réveille, recouvre complètement connaissance, se plaint d'un violent mal de tête et demande à boire. Au bout de vingt minutes, elle se rendort.

2 h. 1/2. — Début d'une nouvelle attaque qui est exactement la même que la précédente, sauf que les différentes phases sont beaucoup plus courtes. A l'instant où je puis l'interroger, elle me répond que sa crise finira à quatre heures, et qu'il faut que je la réveille à ce moment; c'est ce que je fais en effet et elle est fort étonnée de me trouver à ses côtés.

. . . .

16 *juillet*, 9 h. 40 minutes. — Retard de vingt minutes sur la veille. Mousse légère aux lèvres. Calme jusqu'à 9 h. 45 minutes. Pouls à 84.

9 h. 45 minutes. — La malade se croise les bras derrière le dos. Pouls à 96.

9 h. 55 minutes. — Les bras et les jambes sont secoués violemment, comme par des décharges électriques; tête fortement défléchie. La malade se dresse avec force, et chaque fois qu'elle retombe, ses membres sont en résolution.

10 h. 10 minutes. — Projections du bassin en avant (hystérie libidineuse). La mousse disparaît de la bouche, les membres sont en complète résolution.

10 h. 13 minutes. — Respiration difficile, râles étranglés, projections du bassin, pouls à 80.

10 h. 16 minutes. — Les râles deviennent de plus en plus étranglés, les mains portées à la gorge; la malade se dresse en se soutenant sur les mains comme pour aspirer l'air qui lui manque.

10 h. 29 minutes. — Pleurs, sanglots, quelques secousses; les membres tombent en résolution.

10 h. 35 minutes. — Les yeux s'ouvrent. Somnambulisme avec monologue et état cataleptique.

Interrogée sur l'objet de ces hallucinations, la malade me répond qu'elle voit sa mère morte depuis quelques années, dans l'état où elle est en ce moment; elle se voit saisir par le cadavre qui l'attire à elle. Elle avait cette même vision quand, pour la première fois, j'ai assisté à son attaque; elle criait alors: « Retirez cette fosse, retirez-la... » Si je la touche pendant l'hallucination, dit-elle, l'image terrifiante s'efface, et, à mesure que je diminue le contact, ses contours apparaissent peu à peu jusqu'à ce que l'hallucination arrive nette et animée. Par suite de ce fait, il faut, pendant la période des hallucinations, que je la tienne, ou la touche de la main, pour qu'elle en soit délivrée.

Lorsqu'elle est touchée par des mains étrangères le résultat varie selon la main qui la touche.

Elle dit qu'elle commencera à guérir *physiquement* et *moralement* ensuite.

Réveil à deux heures.

2 h. 10 minutes. — Nouvelle crise identique à la précédente, et qui se termine à 3 h. 8 minutes par du somnambulisme.

Réveil à 3 h. 40 minutes.

17 juillet, 9 h. 30 minutes. — Début de l'accès, mousse aux lèvres.

10 heures. — Fin des convulsions, projections rhythmées du bassin.

10 h. 5 minutes. — Ronchus plaintifs.

10 h. 20 minutes. — Pleurs et sanglots, quelques secousses. Apparition d'un mouvement cadencé des pouces qui aura lieu dorénavant à chaque crise, jusqu'à la dernière.

10 h. 40 minutes. — Somnambulisme avec monologue et état cataleptique.

11 h. 25 minutes. — Hallucinations.

1 h. 25 minutes. — Les globes oculaires roulent sous les paupières : ceci précède toujours le réveil de quelques minutes.

2 h. 25 minutes. — Début de la seconde crise qui se termine à 3 h. 35 minutes.

. . . .

28 *juillet*. — Début de l'accès 12 h. 15 minutes.

Nous allons en donner le détail, afin de faire voir que les différentes phases des accès qui se sont succédé sont identiquement les mêmes qu'au commencement du mois, sauf les hallucinations qui ont disparu récemment.

12 h. 15 minutes. — Mousse aux lèvres.

12 h. 18 minutes. — Croisement des bras derrière le dos, la tête est fortement appuyée par la face dans les oreillers.

12 h. 19 minutes. — Projections du bassin, la malade se soulève et retombe plusieurs fois.

12 h. 20 minutes. — Violentes secousses, râles plaintifs.

12 h. 22 minutes. — Projections rhythmées du bassin.

12 h. 24 minutes. — Secousses violentes des membres inférieurs, en cadence avec la respiration.

12 h. 25 minutes. — Les bras sont retournés et placés derrière le dos, plaintes et secousses.

12 h. 26 minutes. — Position des mains à la gorge, râles étranglés.

12 h. 26 minutes 1/2. — Les bras se tordent et se détordent, violentes secousses de tout le corps.

12 h. 28 minutes. — Pleurs et sanglots.

12 h. 30 minutes. — Mouvement des pouces en cadence avec la respiration plaintive.

12 h. 31 minutes. — Secousses ; elle ouvre les yeux, se soulève faiblement.

12 h. 32 minutes. — Somnambulisme ; elle parle.

Réveil à 1 heure.

Observation CXXIX [1]. — *Attaques de catalepsie accompagnées de délire avec attitudes passionnelles, succédant à de violentes convulsions hystériques. — Attaques de catalepsie isolées débutant par une syncope. — Hémi-catalepsie. — Crises apoplectiformes.*

Hélène Renault, de Saint-Mâlo, âgée de dix-sept ans, et Olive, sa sœur,

1. Œuvres de Tissot, par Hallé, t. II, p. 30 (cité par Favrot, *Thèse. De la catalepsie, de l'etaxse et de l'hystérie*. Paris, 1844, p. 40).

furent attaquées, l'une le 11 mars dernier, l'autre le 15 du même mois, d'une affection hystérique causée par la suppression de leurs règles. L'aînée n'eut que cinq ou six accès consécutifs, et fut bientôt radicalement guérie, grâce aux emménagogues et aux hystériques que je lui fis prendre, et qui lui rendirent ses menstrues. La cadette ne fut pas si heureuse, les remèdes qui rétablirent sa sœur ne firent qu'irriter son mal. Après dix ou douze accès, qui ne furent qu'hystériques, elle tomba dans une parfaite catalepsie, symptôme de vapeurs, métamorphose nouvelle, dont aucun auteur, que je sache, n'a fait mention. Les doigts, les phalanges des doigts, le poignet, l'avant-bras, le bras, les yeux, la tête, tout restait immobile dans la situation où l'on s'avisait de les mettre; en un mot, ce spectacle était si effrayant, que la mère de la malade fut prise d'un violent accès hystérique la première fois qu'elle vit sa fille en cet état. Outre ces accidents communs aux cataleptiques, l'odorat de celle-ci avait un sentiment exquis; quelque odeur spiritueuse un peu forte qu'on approchât à un ou deux pieds de sa narine droite, elle se jetait du côté gauche; si on l'approchait de la narine gauche, elle se retournait avec force du côté droit; si on ôtait la main avec laquelle elle tenait fortement son nez, elle y portait l'autre avec une vitesse incroyable; si l'on ôtait encore celle-ci, la première, qui était restée suspendue, ne semblait l'être que pour défendre plus promptement cet organe, ennemi déclaré de toute sorte d'odeurs fortes, et principalement de l'esprit volatil d'ammoniaque, qu'elle sentait à plus de dix pieds de distance de son lit. Lorsqu'on l'approchait d'elle un peu plus près, elle se couvrait le visage de son drap et se cachait sous la couverture, par je ne sais quel instinct ou perception qui la servait sans le consentement de sa volonté : on n'avait même qu'à prononcer le nom de cet esprit, la voilà sur ses gardes, comme ces fous que certains mots mettent sur leur folie. Enfin, si l'on venait, armé d'une plume trempée dans cet esprit, pour violenter son nez et la faire ainsi revenir, la voilà qui poussait des cris affreux sans les entendre, il lui prenait des convulsions violentes, des transports de colère et de rage; trois hommes ne pouvaient alors la tenir, elle qui, avant l'accès avait à peine la force de parler.

Notre malade eut, pendant l'espace de deux mois, plus de vingt accès de catalepsie que j'appelle *hystériqne*, parce que, en effet, *elle succédait toujours à l'affection hystérique*. A mesure que son oppression diminuait, ses yeux paraissaient plus fixes; en même temps qu'elle cessait, il lui prenait ordinairement un petit vertige ténébreux qui la faisait doucement tomber sur son oreiller. Quelquefois, cependant, sa catalepsie était accompagnée de sa suffocation utérine, à laquelle on voyait souvent succéder de violentes convulsions, et un délire bien plus spirituel que l'état sain. Il arrivait aussi, de temps en temps, qu'elle rêvait durant son accès de catalepsie; *il était alors assez plaisant de voir cette jeune fille assise dans son lit, le tronc immobile, la tête penchée, les yeux tournés de tous les côtés qu'on avisait de les tourner, les bras fléchis et suspendus, sourire également avant de parler, comme une statue à ressort susceptible de toute sorte de mouvements*. Après chaque accès, elle jouissait d'une apyrexie semblable à celle des fièvres intermittentes, et se portait si bien qu'elle se flattait toujours de ne pas retomber. Cependant la moindre frayeur, une mauvaise nouvelle, le plus petit sujet de mélancolie ou de colère, la moindre odeur puante et hystérique,

telle que celle du castoréum ou de la rue, réveillaient ce genre de mal, et même en accéléraient le paroxysme.

Après tous ces accès de catalepsie hystérique, la malade eut, pendant près de deux mois, un heureux intervalle, que le lait de chèvre, l'air de la campagne et principalement l'exercice, lui procurèrent : mais elle fut à peine de retour en ville que la catalepsie reparut, sans être, comme auparavant, précédée de l'affection hystérique. Elle commençait toujours par tomber en faiblesse, quelquefois en syncope ; lorsque, dans cet état, on s'avisait de la piquer pour la faire revenir ou de lui faire sentir quelque odeur puante, elle devenait cataleptique ; mais, pour l'ordinaire, de la moitié du corps, seulement. On l'a vue tomber d'elle-même dans cette demi-catalepsie, qui était plus ou moins parfaite : enfin, ce mal, qui change de face comme un Protée, prit une nouvelle face bien plus dangereuse que les précédentes, je parle de l'apoplexie. Le premier accès dura trois jours entiers, avec des convulsions si violentes de la mâchoire inférieure, qu'on ne pouvait rien lui faire avaler ; elle n'a eu, depuis le mois d'août, que deux légères attaques de cette apoplexie cataleptique.

Les observations qui précèdent de CXII à CXXIX offrent ceci d'intéressant qu'elles sont antérieures aux publications qui donnent la description de la grande attaque hystérique telle que nous l'avons exposée plus haut. Dans les ouvrages plus récents les observations sont beaucoup plus explicites et pleinement confirmatives de notre description. Afin de ne pas grossir démesurément ce chapitre, je me contenterai d'en indiquer sommairement quelques-unes. Je rapporterai plus longuement les observations étrangères à cause de leur intérêt spécial.

Dans une thèse récente intitulée « *Recherches sur les zones hystérogènes* » et faite sous la direction du professeur Pitres de Bordeaux, monsieur le Dr Gaube a publié un certain nombre d'observations d'hystérie remarquables à divers titres et dont il fait lui-même ressortir l'intérêt spécial au point de vue qui nous occupe. Ces observations ont été recueillies à l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

« Si nous avons donné, dit-il, avec des détails s'éloignant un peu de notre sujet, les observations précédentes, c'est que nous avons tenu à ce qu'aucun doute ne pût planer sur le diagnostic de l'affection. Nous désirions aussi montrer que ce type clinique de l'hystérie, décrit par M. Charcot, n'est pas, comme on l'a supposé, une entité propre à la Salpêtrière, qu'il se montre partout le même, et qu'il suffit d'un peu d'observation pour le reconnaître. »

Les observations de M. Gaube mériteraient d'être rapportées *in extenso*. Je me contenterai d'en donner ici un résumé très succint relatif surtout à la forme des attaques.

Observation CXXX[1]. — Alb... vingt-six ans. A vingt-cinq ans, première attaque à la suite d'une vive contrariété. Hémi-anesthésie gauche, zones douloureuses, zones hystérogènes du tronc et des membres. Catalepsie provoquée. Attaques convulsives caractérisées ainsi qu'il suit :

Prodromes. — Bizarrerie dans le caractère, ballonnement du ventre, borborygmes, oppression, aura ovarienne.

1° *Phase épileptoïde.* — Gonflement du cou, respiration stertoreuse, roideur de tous les membres, la tête regarde en avant, les yeux convulsés en haut et en dehors (1 minute).

2° *Phase clonique.* — Débute par un cri aigu prolongé et suit immédiatement la précédente. Convulsions violentes, arc de cercle. Mouvement d'escrime, mouvement de tambour...

3° Période de délire avec attitudes passionnelles. Le délire porte exclusivement sur le souvenir de relations illicites qu'elle avait eues avec son patron.

L'attaque se termine par une phase d'hémi-catalepsie.

Observation CXXXI[2]. — Mor... Marie, couturière, dix-neuf ans. Sœur hystérique. A onze ans, hémiplégie gauche progressive, disparue au bout de deux mois. Réglée à treize ans. A seize ans, grossesse; enfant mort-né. A cette époque, deuxième hémiplégie gauche durant quinze jours. A dix-sept ans première peur occasionnée par un ours muselé qui, sans qu'elle s'y attende, lui place les deux pattes sur les épaules, et lui frôle la joue de son museau; première attaque convulsive. Six mois après, deuxième peur occasionnée par un de ses frères qui, après s'être caché, la prend au collet lorsqu'elle entrait dans sa chambre; deuxième attaque convulsive.

Caractère difficile, boudeur. Hypoesthésie gauche. Parésie gauche. Zones douloureuses, zones hystérogènes du tronc et des membres; ovarie. État cataleptoïde provoqué. Hallucinations provoquées.

Les attaques convulsives présentent les caractères suivants :

Prodromes. — Troubles psychiques. Idées de suicide. Hallucinations de la vue et de l'ouïe, tympanite... Aura prenant son point de départ dans le sein gauche que la malade croit serré dans un étau. Boule hystérique partant de l'ovaire gauche. Palpitations, bourdonnements d'oreille, la respiration se précipite.

Puis l'attaque commence par un cri, la face est rouge, le cou gonflé, les yeux fixés en haut, les poings fermés (*phase épileptoïde rudimentaire*).

Les convulsions consistent en mouvements de flexion et d'extension brusque des membres (*deuxième période*).

Puis hallucinations avec *attitudes passionnelles* portant sur le souvenir de l'ours qui a déterminé sa première frayeur, sur un certain Jules avec lequel elle a eu des rapports, ou bien sur diverses circonstances qui l'ont vivement impressionnée (*troisième période, période des attitudes passionnelles*).

1. Obs. I de M. Gaube.
2. Obs. II de M. Gaube

OBSERVATION CXXXII [1]. — Bern... Suz... vingt-deux ans, lisseuse. Mère hystérique. A dix ans, vomissements fréquents. Sensation de boule, perte de connaissance consécutive. Attaque convulsive unique le jour de l'apparition des règles (à quinze ans) à la suite d'une légère contrariété. A vingt-deux ans série d'attaques convulsives avec délire, à la suite de l'abandon de son amant. Hypoesthésie gauche, achromatopsie partielle à gauche. Zones hystérogènes du tronc et des membres. Catalepsie provoquée. Hallucinations provoquées.

Les attaques convulsives présentent les caractères suivants :

Prodromes. — Agitation, secousses musculaires. Tremblement. Troubles vaso-moteurs. Hallucinations de l'ouïe, de la vue (zoopsie), du toucher.

Aura. — Boule partant du flanc gauche montant à l'estomac, palpitations, constriction du larynx, bourdonnements, sifflements d'oreille surtout à gauche, battements dans les tempes, obnubilation de la vue.

1° *Phase épileptoïde.* —Rigidité générale, cou rouge, proéminent. Arrêt de la respiration. Pas d'écume (vingt secondes).

2° *Phase clonique.* — Grands mouvements des bras et des jambes. Arcs de cercle (durée deux minutes). Se répète environ trois à quatre fois.

3° *Phase cataleptique.* — Termine l'attaque. Pendant la catalepsie il survient parfois spontanément du délire qui roule sur les relations qu'elle a eues avec un nommé Gaston. Hallucinations provoquées de tous les sens, à l'exception du goût.

OBSERVATION CXXXIII [2]. — P. Léonie, couturière, dix-huit ans. Mère sujette à des pertes de connaissance. Règles à onze ans. A douze ans, hoquet convulsif. A quinze ans, accès de pleurs à la suite de la mort de son amant. A seize ans, pertes de connaissance précédées d'une sensation de boule.

Constitution chétive. Menstruation irrégulière. Hypoesthésie gauche pour la sensibilité générale et spéciale. Zones hystérogènes du tronc et des membres, catalepsie provoquée, etc.

Attaques précédées de prodromes : agitation, idées sombres avec aura ovarienne et aura hystérogène; sensation de boule, palpitations, étouffements, puis perte de connaissance.

La crise est caractérisée par une roideur généralisée et des spasmes consistant en une suite d'expirations brusques, saccadées, bruyantes, coupées d'inspirations laborieuses. Durée de dix minutes. Pas de convulsions. L'attaque se termine par des rires.

OBSERVATION CXXXIV [3]. — B... Emma, couturière, trente et un ans, entrée en 1881 dans le service du professeur Pitres. Première attaque en 1873, se montrant ensuite tous les cinq à six jours. En 1877, mort de son amant : attaque. En 1878, névralgies occupant le crâne et la face des deux côtés. Ménopause en 1881, crise violente. Névralgies se localisant aux régions sus et sous-orbitaires. En 1881, pour ces névralgies, élongation des nerfs sus et sous-orbitaires. Insuccès.

1. Obs. III de M. Gaube.
2. Obs. IV de M. Gaube.
3. Obs. V de M. Gaube.

Hémianesthésie gauche, sensitivo-sensorielle. Plaques anesthésiques à droite. Zones hystérogènes au tronc et aux membres. Ovarie gauche. Catalepsie provoquée.

Attaques. — *Prodromes.* — Malaise, exaspération des douleurs. Aura ovarienne et hystérogène. L'attaque est composée de deux phases :

Première phase. Marquée par une contracture généralisée avec perte de connaissance. Attitude d'extension du tronc et des membres. Durée une demi-heure environ.

Deuxième phase. Délire portant sur son ancienne liaison et sur la mort de son amant. La contracture des membres inférieurs persiste seule. Aucun souvenir au réveil.

Dans la suite les attaques se modifièrent. La phase de contracture fut remplacée par une phase de « grands mouvements », avec cris aigus et arcs de cercle.

Observation CXXXV[1] .— El... von G... domestique, née à Berne (Suisse) vingt-six ans. Père épileptique. Mère emportée. Sœur jumelle hystérique. A trois ans, perte de connaissance à l'occasion d'une peur. Règles à douze ans. A seize ans tentative de viol de la part de deux voyageurs descendus à l'hôtel où elle était domestique. Attaques consécutives qui depuis n'ont pas cessé.

Hémianesthésie gauche sensitivo-sensorielle. Zones hystérogènes du tronc et des membres.

Attaques : — *Prodromes.* Agacement général, secousses, agitation, nausées, aura hystérogène, aura ovarienne, palpitations, strangulation, battements de de la tempe gauche, sifflement d'oreilles surtout à gauche, perte de connaissance.

Phase épileptoïde. — Roideur généralisée (une minute); pas d'écume.

Phase clonique. — Mouvements violents de droite et de gauche. Cris perçants. Respiration anxieuse (trois minutes).

Phase des attitudes passionnelles. — Hallucinations relatives à la scène de viol dont elle a été victime, et à d'autres circonstances de sa vie.

Observation CXXXVI[2]. — *Un cas d'hystéro-épilepsie chez l'homme, par Bourneville et d'Olier.*

Lam..... Alfred, treize ans. Crises convulsives à la suite d'une frayeur.

1. Obs. VI de M. Gaube.
2. *Progrès médical.* 1880, p. 967. Nous ne donnons ici qu'un court extrait de cette longue et intéressante observation. M. Bourneville a été un des premiers à établir la ressemblance symptomatique entre l'hystérie de la femme et celle de l'homme. Il a publié depuis plusieurs autres observations d'hystérie chez l'homme : *Progrès médical*, 1882, p. 645. — *Ibid.*, 1883, et *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie*, par Bourneville et d'Olier, 1880, p. 30. — *Ibid.*, par Bourneville, Bonnaire et Wuillamié, p. 51, 1881, *Archives de Névrologie*, janvier 1884, p. 86.

Hémianesthésie, dyschromatopsie, zones hystérogènes. Voici en quelques mots, la description de ses attaques.

Les prodromes n'existent pas : l'aura ouvre la scène par une douleur dans la tempe droite avec sifflements d'oreilles : boule hystérique partant du rebord des fausses côtes gauches.

Période épileptoïde caractérisée surtout par de la rigidité, du trismus, du clignotement des paupières. Elle dure environ une minute. *Deuxième période* caractérisée par des mouvements brusques d'extension et de flexion des membres. Arc de cercle durant de dix à quinze secondes. Enfin la *troisième période* est marquée par du délire avec hallucination terrifiante ; et la dernière attaque d'une série se termine par du sommeil.

Observation CXXXVII [1]. — Ficht Marie vingt-cinq ans, colporteur.

Père alcoolique, mère hystérique. Première attaque à la suite d'une frayeur. « Je voyageais, dit-il, sur la route avec ma petite voiture et j'ai été arrêté à dix h. du soir. On m'a pris ma pipe et mon argent. » La première crise eut lieu le lendemain.

L'attaque débute par une contracture subite. Les membres sont roides comme des bâtons, le pouce reste serré contre la main. Puis surviennent des convulsions généralisées ; les membres sont agités de mouvements rapides, la tête frappe contre le lit : un tremblement semblable à un énorme frisson agite le corps : enfin des contractions courtes et multipliées de la mâchoire terminent la scène.

D'autres fois, à la contracture très courte du début succèdent de grands mouvements de projection du tronc et du bassin, le corps du malade présente alors la forme d'un arc de cercle, ne touchant plus au lit que par la nuque et les talons. Il arrive qu'avant son réveil, le malade a pris l'attitude de la méfiance et de la lutte sur la défensive : quelquefois aussi, il vocifère et crie. « Canailles, voleurs ! rendez-moi ma pipe et mon argent. »

Nulle conscience au réveil de ce qui s'est passé.

En outre des attaques, le malade a présenté les phénomènes hystériques les plus variés (contracture, paralysie, anesthésie, aphasie, troubles circulatoires, hémorrhagies, etc., etc.).

Observation CXXXVIII. — Le Dr Legrand du Saulle [2] rapporte une observation recueillie à l'asile des aliénés de Bonneval par le Dr Camuset. Il s'agit d'un jeune homme hystérique ayant présenté le phénomène du dédoublement de la personnalité. L'état de condition seconde dura une année. Survenu à la suite de crises convulsives occasionnées par une vive frayeur, il se termina également à la suite d'une violente crise d'hystéro-épilepsie qui présenta les caractères classiques parfaitement relevés par le Dr Camuset, d'abord : 1° attaque épileptique : le malade jette un cri et tombe ; puis, convulsions toniques durant quelques secondes et convulsions cloniques ; 2° convulsions d'une intensité extraordinaire, arc de cercle, etc. ; puis 3° pé-

1. *Gazette médicale de Paris*, 1881, p. 654 et 687 (Observation résumée).

1. *Les hystériques*, p. 279.

riode d'extase qui dure vingt-quatre heures. L'attaque a duré en tout cinquante heures.

Le malade qui était devenu paraplégique pendant son état de condition seconde, se trouva guéri de sa paralysie à la suite de la crise que nous venons de mentionner et qui marqua le retour à l'état de condition prime.

Il n'est pas sans intérêt de constater ici un phénomène rare tel que le dédoublement de la personnalité présenter d'étroites relations avec des crises convulsives qui ne se sont point éloignées du type classique.

Observation CXXXIX[1]. — *Observation d'hystérie chez l'homme.*

Jeune homme de dix-sept ans, employé de bureau. Grand-père original. Mère sujette aux crises de nerfs, ainsi qu'une tante.

Rien dans ses antécédents personnels. Le 14 janvier, à la suite d'une séance de magnétisme, dont il a été témoin, première attaque.

Cri initial. Le malade tombe, s'agite, se débat : les membres supérieurs et inférieurs s'agitent dans tous les sens. La tête se raidit, se renverse en arrière. Arc de cercle. Au bout d'une demi-heure le malade retombe sur son lit les yeux ouverts. Délire sans aucune incohérence. Hypermnésie remarquable. Les membres gardent l'attitude qu'on leur impose. Anesthésie générale.

« L'accès a ressemblé beaucoup à ce que l'école de la Salpêtrière a décrit sous le nom d'hystéro-épilepsie. Nous avons eu la période épileptoïde avec ses mouvements toniques et cloniques, puis des contorsions, enfin du délire. Les attitudes passionnelles ont seules manqué. »

A la suite de cet accès, mutisme, amaurose, amnésie.

Le 19 janvier, tout était rentré dans l'ordre.

Observation CXL. — *Hystérie avec somnambulisme*[2].

Analgésie à gauche. Ovarie du même côté; attaques convulsives précédée de l'aura; attaques de somnambulisme succédant aux crises convulsives ou survenant spontanément et présentant la plupart des caractères des accès de somnambulisme provoqué : hallucinations spontanées ou suggérées, automatisme, obéissance passive, contracture par hypexcitabilité neuro-musculaire, oubli absolu au réveil.

Les accès de somnambulisme étaient également provoqués par la mise en œuvre des procédés ordinaires de l'hypnotisme.

Observation CXLI. — *Grande attaque hystéro-épileptique.*

Quelque incomplète que soit, au point de vue des symptômes, une observation rapportée par le Dr Lemarchant dans les annales de la Société d'hydrologie

1. Ruef, *France médicale*, n° 21, 1883 (Observation résumée).
2. M. le Dr Gauché, *L'encéphale*, n° 1, p. 120 (Observation résumée).

médicale de Paris t. XXVII, sous la rubrique hystéro-épilepsie, nous y retrouvons dans la description sommaire des crises convulsives les principaux traits de la grande attaque hystérique telle que nous l'avons décrite[1].

Il s'agit d'une jeune fille de quinze ans prise à la suite d'une violente émotion morale — perte d'un parent — d'accidents hystériques variés. Les crises, d'abord peu intenses et consistant surtout en spasmes de la respiration avec douleurs sternales et palpitations cardiaques, se traduisirent bientôt par des convulsions toniques dans les membres supérieurs des deux côtés et des mouvements de forme choréique. Quelques jours plus tard survient un accès plus fort ainsi décrit :

« Spasmes convulsifs, mouvements choréiques très violents, s'étendant aux membres inférieurs, quelques mouvements toniques et cloniques violents; la malade se met en arc de cercle : hallucination de la vue et de l'ouïe, dilatation des pupilles, extase, rire sardonique, contraction des mâchoires, grimaces, etc.; la crise se termine brusquement après avoir duré une heure et demie. »

La malade guérit par l'emploi de l'hydrothérapie.

Les deux observations qui suivent ont été recueillies en Écosse par M. le docteur Inglis, assistant à l'asile d'Édimbourg. Je n'en consigne ici que les passages qui nous intéressent plus particulièrement, et je les emprunte à l'analyse qu'a donnée le docteur Vigouroux du travail du médecin écossais (*Progrès médical*, n° 3, 1879).

En dehors des phénomènes de somnambulisme et de catalepsie qui viennent compliquer la situation, et dont nous avons traité au chapitre des variétés de l'attaque, il est facile de constater que les attaques de ces malades ont présenté la plupart des caractères sur lesquels nous avons déjà tant insisté.

Observation CXLII

M. M., dix-sept ans, entrée le 18 juillet 1878. Après un accès de colère, elle avait tenté de se précipiter d'un quatrième étage. Transportée au Royal Edinburg Asylum, elle y resta pendant dix-huit heures dans une sorte d'extase. Elle revint ensuite complètement à elle, mais ne se souvenait de rien de ce qui était arrivé. On ne trouva pas chez elle de prédisposition héréditaire à l'aliénation ou à d'autres névroses, mais elle avait été chlorotique et était très nerveuse. C'était sa première attaque. Deux jours après son entrée, on la vit s'endormir pendant qu'elle prenait son repas, au moment où elle portait sa main à la bouche, et plus tard, étant occupée à laver, elle fut trouvée profondément endormie près d'une cuve. On ne put pas la réveiller en la secouant fortement, en lui plaçant de l'ammoniaque sous le nez ou en la piquant. Outre ces attaques, il lui arrivait souvent de marcher dans cet état

1. *Observation d'hystéro-épilepsie*, etc., par le Dr Lemarchand. Paris, 1882, Parent imprimeur.

de sommeil, avec les yeux ouverts. Une fois, elle tomba, mais sans convulsions. Elle essayait de résister à ce sommeil, mais en vain. Cette jeune fille est d'une intelligence ordinaire et d'un caractère timide et sensible. Elle désirait vivement être guérie de ses attaques. Elle ne présentait à aucun degré ce besoin morbide de sympathie et cette exagération de personnalité, si caractéristique de la « fashionable hysteria », non plus que l'irritabilité querelleuse habituellement notée en pareil cas.

La nuit, elle dormait, mais se plaignait de faire des rêves horribles, et parlait beaucoup en dormant. Elle accusait souvent une douleur dans l'abdomen.

Voici maintenant une nouvelle phase. La malade accusait un élancement douloureux dans la région illiaque gauche (aura ovarienne) et une sensation de tension de l'abdomen. La face devenait pâle et déviée ; il y avait perte rapide de conscience et chute. On observait alors de légères convulsions cloniques du côté gauche de la face, du bras et de la jambe gauches, tandis que le côté droit était pris de raideur tétanique. La sensibilité générale et l'excitabilité réflexe étaient abolies ; les pupilles dilatées ne réagissaient pas à la lumière, pouls 120 ; température 99° Fahrenheit. L'attaque, par conséquent, ne différait en rien d'une véritable attaque d'épilepsie. La cyanose n'était pas aussi prononcée que dans une très forte attaque d'épilepsie, mais était nettement caractérisée, et il y avait un écoulement de salive écumeuse teintée de sang.

Un léger trouble des idées ainsi que du vertige succédait à ces attaques, mais il n'y avait pas de stupeur, et si elles étaient moins fortes, la connaissance revenait sans transition, et alors la salive qui s'écoulait de la bouche était visqueuse au lieu d'être écumeuse. Souvent, pas toujours, la malade était avertie de l'approche d'une attaque, et cela constitue un des éléments de diagnostic entre l'épilepsie et l'hystéro-épilepsie ; l'aura dans la première étant généralement de plus brève durée. Ces attaques augmentèrent graduellement d'intensité et s'accompagnèrent d'une hémiplégie gauche transitoire dont la durée variait, suivant la gravité des accès, de quelques heures à un ou deux jours. Le membre inférieur paralysé n'était pas oscillant, mais traîné comme un appendice inerte, ainsi que cela se voit dans la paralysie hystérique.

Ni la langue, ni la face n'étaient déviées...

Enfin, la malade présente de fortes attaques hystériques convulsives, qui succèdent aux attaques épileptiformes et dans lesquelles la conscience n'est pas entièrement abolie ; elles s'accompagnent de contorsions violentes et de contractures hystériques. Dans ces attaques, il y avait fréquemment des cris qui manquaient tout à fait dans celles à forme épileptique.

M. M... a eu souvent des accès dans lesquels elle se mettait tout à coup à courir, les yeux ouverts, évitant les obstacles, et, au sortir de ces attaques, elle était absolument inconsciente de ce qui s'était passé pendant leur durée. On pouvait quelquefois les interrompre en la secouant, en la piquant, en lui faisant flairer du tabac. Dans cet état, ou forme somnambulique, elle voyait l'infirmière qui la soignait, mais ne la reconnaissait pas.

Cet état somnambulique pouvait être produit artificiellement par le procédé employé par Braid pour l'hypnotisme. Il durait peu et se terminait par une explosion de pleurs et de rires hystériques...

Pendant le sommeil, et plus rarement à la suite d'une attaque, les bras

s'étendaient en croix, le corps devenait rigide et prenait l'attitude du crucifiement. Jamais il n'y avait extase ou délire, et cette attitude ne paraissait déterminée ni par de la religiosité ou de l'émotivité, ni par le désir d'attirer l'attention par une niaise tentative de symbolisme. Après une forte attaque, il n'y avait pas de stupeur, mais du vertige toujours subjectif et sous ce rapport analogue au *vertige épileptique*.

Observation CXLIII. C. S..., âgée de dix-huit ans, entrée au Royal Edinburg Asylum le 28 mai 1878, avec la mention : atteinte de mélancolie avec tendance au suicide. Son frère déclare qu'il n'y a pas de prédisposition héréditaire à l'aliénation, mais que la mère est morte d'une fièvre cérébrale et que la malade a éprouvé une frayeur à l'âge de quinze ans. L'attaque fut provoquée par l'annonce brusque de la mort subite de son père ; la malade tomba dans un état de dépression bientôt suivi d'excitation, et se créa la persuasion que son père n'était pas mort, qu'elle le voyait dans la chambre et que son frère était fou. Elle tenta de se suicider en se jetant d'un troisième étage, en prenant du poison, et comme on ne pouvait la surveiller qu'imparfaitement chez elle, on dut l'envoyer à l'asile. C'est une fille robuste, de taille moyenne. A son entrée, elle était anémique et se plaignait de palpitations, mais les bruits du cœur étaient normaux. Elle avait eu de l'aménorrhée et de l'irrégularité de la menstruation.

Quelques jours après son entrée, son état s'était beaucoup amélioré. La dépression et l'inquiétude avaient disparu ; elle n'avait plus ni fausses croyances, ni hallucinations, et était tout à fait cohérente et raisonnable. A la période menstruelle qui suivit, les règles firent presque complètement défaut et son état empira ; elle avait quotidiennement plusieurs attaques d'hystérie. Une semaine après, elle fut effrayée à la vue d'une malade agitée et tomba dans une sorte d'extase ou de mort apparente. Cet état cataleptique avec abolition de la conscience, dura trois heures. Les membres présentaient la *flexibilitas cerea* et gardaient la position qu'on leur donnait. Elle eut plusieurs attaques épileptiformes presque semblables à celles de M. M..., et comme les symptômes avaient la plus grande analogie avec ceux déjà décrits, il suffira d'indiquer leurs traits distinctifs. Des nausées et des vomissements se montraient parfois dans l'attaque. Les phénomènes somnambuliques n'étaient pas si marqués que dans le cas précédent, mais les accès hystéro-épileptiques étaient plus graves. *On peut les diviser arbitrairement en deux périodes l'épileptique et l'hystérique, l'une suivant l'autre.* La première ne différait en rien d'un accès épileptique ordinaire, avec convulsions unilatérales. Il y avait habituellement perte complète de connaissance, la malade tombant et se contusionnant, au lieu de se laisser glisser avec les précautions usuelles chez les hystériques. Elle *mordait sa langue*, écumait, et l'opisthotonos était très prononcé.

Les attaques hystériques avaient un caractère très tranché et offraient les contorsions les plus bizarres et des contractures. Cette période des attaques correspond à ce que M. Charcot appelle *phase des grands mouvements ;* elle succédait à la phase épileptique et celle-ci était précédée ou non d'aura psychique ou sensorielle, de pâleur, de rigidité dans le côté droit et de mouvements convulsifs dans le gauche. Il est très difficile de savoir si la connais-

sance est entièrement abolie pendant cette phase qui correspond jusqu'à un certain point à l'ancienne *possession démoniaque*, mais il est certain que, pendant sa durée, la malade était insensible aux excitants énergiques. Elle poussait de grands cris et projetait son corps dans diverses directions. Elle battait le sol avec sa tête et cherchait à s'arracher les cheveux à poignées. Alors les deux côtés du corps présentaient les mouvements convulsifs et les contractures, tandis que, dans la première phase (épileptiforme), le côté gauche en était seul affecté. On n'observe jamais d'attitudes émotionnelles (*phase des attitudes passionnelles* de M. Charcot), excepté cependant celle de la frayeur, qui était vivement empreinte sur ses traits et dans ses gestes.

Un spasme ou une paralysie temporaire des cordes vocales suivait souvent l'attaque et causait une aphonie hystérique de quelques minutes. La malade éprouvait une contrariété évidente de ne pouvoir parler, et essayait de le faire. Tout d'un coup, elle faisait un soupir, disait : « C'est cela », et se mettait à parler couramment. D'autres fois, une courte période d'aphasie ataxique suivait l'aphonie. L'action réflexe et la sensation étaient abolies pendant l'attaque et elle supportait les excitations les plus fortes. Elle ne se souvenait pas de ce qui s'était passé pendant la crise.

Les crises se montraient principalement aux époques menstruelles, et dans une occasion, il y en eut de 20 à 25 dans un jour. Après ces attaques, il y avait pendant quelques temps de la confusion des idées, mais même les plus fortes ne furent jamais suivies de stupeur, d'extase ou d'hallucination. Dans le cours de la maladie, on n'observa jamais, dans ce cas, l'*attitude de crucifiement*.

Quant au traitement, la compression ovarienne ne paraissait pas abréger les paroxysmes épileptiformes de M. M..., tandis qu'elle arrêtait du coup les attaques de C. S... Le nitrite d'amyle arrêtait immédiatement les convulsions, mais celles-ci reparaissaient dès que l'administration en était suspendue, et l'attaque était en définitive prolongée.

Observation CXLIV[1]. — *F. M. quinze ans. — Cousin épileptique. A dix ans toux hystérique : accès probablement épileptiques peu après.*

Excitations sexuelles exagérées. — Grandes attaques hystériques pour lesquelles elle entre le 29 juin 1881 à l'infirmerie royale d'Edimbourg. Les attaques sont ainsi composées : phase de tétanisme ; phase de convulsions cloniques et de grands mouvements ; phase des hallucinations et du délire.

Ovarie. — Pas d'achromatopsie ; pas d'anesthésie ; points hyperesthésiques. — Anesthésie absolue pendant les attaques. — Allochirie transitoire pendant la période terminale. — Faiblesse musculaire de la jambe gauche. — Pas d'altération de la santé générale. Forte constitution ; tendance aux mensonges et à la supercherie, humeur très variable.

Je me contenterai de rapporter ici ce qui a trait aux attaques et aux troubles de la sensibilité.

1. *Case of Hystero-epilepsy*, by W. H. Dobie, in Brain, oct. 1882, p. 295.
Je dois la traduction de cette observation à l'obligeance de M. Régnier, externe des hôpitaux.

Supposons la malade tranquillement étendue dans son lit, racontant avec une intelligence lucide quelque anecdote à ceux qui l'entourent. Tout à coup elle se plaint d'une violente douleur dans le dos ou le côté et portant la main à la place où elle souffre, tombe dans un état de convulsions toniques dans lesquelles les traits sont immobiles, le dos courbé en arc, la tête renversée en arrière, les membres raides, les doigts fermés sur le pouce, les yeux fixes, le globe de l'œil tourné en haut.

A cet état qui dure quelques secondes succède une période de violentes contorsions; la malade se jette d'un côté sur l'autre, comme si elle ne pouvait que difficilement demeurer couchée ; un moment elle courbe son dos comme dans un tétanisme ; l'instant d'après elle se jette en avant comme pour s'élancer hors de son lit. Ordinairement elle agite ses membres irrégulièrement dans toutes les directions; mais quelquefois, elle décrit avec les bras des mouvements de circumduction réguliers, ou, si possible, se jette sur quelque objet sur lequel elle se meurtrit. Cette période de violences cède généralement au bout d'une demi-minute à une minute, et elle est remplacée par un stade de repos relatif, mais elle est susceptible de recommencer à un moment donné pendant le cours des attaques, et elle ne cède que sur la pression de certains points que nous mentionnerons plus loin.

L'attaque est quelque peu diminuée par une forte pression sur la région des ovaires, ou à un plus faible degré par la pression au-dessous des seins, mais elle n'est complètement arrêtée ni par l'un ni par l'autre moyen.

Pendant la période qui suit immédiatement celle-ci, la malade reste tranquillement couchée, sans qu'aucun soin soit nécessaire. Ses facultés intellectuelles se réveillent, bien qu'elle demeure inconsciente de ce qui se passe autour d'elle, ou elle est imparfaitement consciente et mêle les réalités à ses hallucinations. Le pouls et la respiration sont faiblement accélérés et il y a par moments des secousses des muscles de la face. Elle est alors saisie de vives hallucinations, s'imagine voir des gens et des choses qui ne sont pas en réalité présentes, et les croit réellement autour d'elle, comme si elle était persuadée de les voir. Ordinairement elle ne répond pas aux questions qu'on lui fait, mais parfois ses hallucinations sont influencées par ce qu'on lui dit.

Un exemple ou deux : — Il lui arrive de se reporter dans ses hallucinations à sa place de servante; elle croit veiller les enfants de sa maîtresse, et les appelle par leurs noms; si, à ce moment, on lui dit brusquement et à haute voix qu'il est temps qu'elle se lève; elle saute brusquement du lit, les yeux hagards comme si elle craignait d'avoir dormi trop longtemps. D'autres fois, elle voit Maggie, une vieille amie, elle en est toute ravie, l'appelle par son nom et aussi par signes ou en sifflant. Une minute après elle se glisse sous les couvertures avec une expression de terreur qui semble indiquer la présence d'une autre personne, et alors elle rejette la tête en arrière, ses traits horriblement décomposés, le côté gauche de la figure et de la bouche tiré en bas, le globe de l'œil tourné en haut et de côté, les sourcils froncés, en même temps la respiration devient stertoreuse, et ordinairement alors recommence la période des grands mouvements. Dans la dernière partie de l'attaque émotive, il y a souvent des accès prolongés de bâillement, des symptômes de suffocation; arrêt de la respiration pendant de longs moments, alternant avec une respiration rapide et forcée; protrusion de la langue qui, malgré cela, n'est pas mordue.

Le retour à la conscience est généralement brusque, la malade reconnaît ceux qui sont autour d'elle, se plaint de vertige, de mal de tête, et tantôt, abattue, se laisse tomber de sommeil, ou bien se met à causer. Elle redevient soudainement tout à fait consciente et n'a aucun souvenir ni de ses hallucinations, ni de rien de ce qu'elle a fait auparavant. Presque aussitôt après chaque accès elle boit une grande quantité d'eau.

Tel est le développement de l'attaque en elle-même; mais ce qui est le plus intéressant dans cette observation, c'est l'état du système nerveux, principalement pour ce qui a trait aux fonctions sensorielles.

1° Dans l'intervalle des attaques.

2° Pendant l'attaque.

1° Dans l'intervalle des attaques, la malade se plaint souvent de douleurs dans le dos et le côté droit, de froid aux pieds, de vertige et de maux de tête.

La sensibilité au contact et à la douleur est vive sur tout le corps, la perception du chaud et du froid bonne et leur localisation exacte. Il y a cependant certaines aires variables avec les périodes qui sont hyperesthésiques. Au moment de son admission l'hyperesthésie était plus marquée dans la région lombaire de la colonne vertébrale et dans une partie du sacrum, avec une plaque mal limitée à droite, s'étendant sur les éminences osseuses, la crête iliaque et les dernières côtes. Sur cette plaque, les substances très chaudes produisaient seulement un sentiment douloureux, tandis que la plus légère pression, la chaleur ou l'électricité la faisaient crier et, très souvent même produisaient une attaque. Ajoutez à cela qu'une légère pression sur les ovaires était douloureuse, et capable de produire un accès.

2° Si on examine ces points pendant une attaque, les conditions sont absolument différentes.

Il y a une anesthésie absolue des deux côtés du corps; on pince la peau sans produire le moindre signe de sensibilité; la piqûre du front amène cependant un froncement des paupières, ses plaques, tout à l'heure hyperesthésiques, sont alors pour la plupart anesthésiques; mais une pression énergique exercée sur elles reproduit souvent la phase des grands mouvements. Les parties du corps dans lesquelles la sensibilité reparaît la première semblent être la plante des pieds dont la piqûre répétée fait quelquefois disparaître l'attaque; mais la première sensation alors éprouvée par la malade est une douleur qu'elle reporte au dos ou à quelque autre partie du corps qu'on n'a pas touchée.

La faculté de localisation est défectueuse pendant tout le temps que met la malade à recouvrer la conscience. — Ces faits ont été observés deux jours après l'admission, on perça un abcès à la pulpe du pouce pendant la période calme de l'attaque et la douleur causa un recul, mais fut rapportée au dos par la malade qui s'assît sur son séant dans son lit. —(Elle n'avait ensuite aucun souvenir de l'ouverture de son abcès.)

Le même fait fut mis en lumière d'une manière curieuse, par la piqûre répétée d'une partie du membre supérieur dans la dernière phase de l'attaque. La sensibilité revenant, la malade se plaignit d'être piquée avec une épingle, mais elle indiqua le point correspondant sur le membre opposé; la conscience revenant plus nette, elle indiqua tout à coup le vrai point — (De-

puis cette observation il a été démontré par le Dr Hyslop, de l'asile Royal, qui eut ensuite la malade à soigner, et qui observa le fait en particulier, que c'est un exemple des conditions décrites dans *Brain* (juin 1881) comme allochirie par le professeur Obersteiner de Vienne.)

Les attaques sont annoncées par un dégoût du travail, de la somnolence, des vertiges, des maux de tête et souvent des douleurs de dos. Les attaques, pendant qu'elle était à l'hôpital, se produisaient généralement la nuit ou le matin de bonne heure, et souvent elle en a eu après une période de sommeil. Quand cela a lieu, elle gémit, grince des dents, s'agite, se réveille, regarde vaguement et fixement autour d'elle, puis entre immédiatement dans la phase des contractions toniques. — Quelquefois, pendant le jour, elle sent venir l'attaque et s'efforce, mais sans succès, de l'empêcher par un effort de volonté. Le plus souvent elle n'a pas le temps, mais en aucun cas elle ne tombe comme dans une attaque d'épilepsie vraie.

Les attaques sont plus nombreuses pendant les époques menstruelles, pendant lesquelles elle est particulièrement apathique et somnolente.

La durée de l'attaque varie de 10 minutes à 2 heures et le nombre de une à six par jour. Les séries durent généralement 3 à 4 jours et elle reste souvent indemne pendant une semaine entière.

L'auteur fait suivre son observation de cette simple remarque :

« Tout commentaire sur le cas présent me semble inutile. Je l'ai publié parce que c'est dans notre pays, un exemple intéressant de cette affection si complètement décrite par Charcot, Richer et d'autres auteurs encore. »

J'ajouterai que les hallucinations de la grande attaque offraient ceci de particulier que, dans une certaine mesure, il était possible de les influencer et qu'elles ne laissaient aucune trace dans le souvenir de la malade. Je signalerai également les curieux phénomènes de dysesthésie transitoire qui marquaient la période terminale.

Le Dr Leidesdorf de Vienne, dans la description qu'il donne des accès d'hystéro-épilepsie, cite les paroles mêmes de M. Charcot, dont il approuve complètement la description[1].

En Italie, Sepilli et Maragliano ont observé récemment des attaques d'hystéro-épilepsie qui offrent avec les nôtres de nombreux points de rapprochement :

Observation CXLV. — « ... Les attaques, souvent au nombre de 40 à 70 dans un jour, commencent le plus souvent par de petites secousses de la partie gauche du corps, qui bientôt s'étendent à l'autre côté. Elles sont accompagnées d'un cri subit ; puis survient une contracture des membres en flexion, ainsi

1. *Trattato delle mallettie mentali* del dott. Massimiliano Leidesdorf di Vienna. Edizionne originale italiana 1878, p. 495.

que du trismus. Écume à la bouche, arrêt de la respiration, battements du cœur forts et rapides; les yeux se dévient à gauche, la tête se tourne aussi de ce côté. Puis survient un collapsus musculaire complet et une respiration stertoreuse et profonde. Les attaques ne sont pas toujours aussi complètes ni aussi régulières, parfois elles avortent, parfois elles sont d'une autre sorte; par exemple le corps se dresse dans le lit et s'incline en avant, tandis que la tête est projetée en arrière et que les membres font des mouvements incoordonnés. Pendant ces attaques on observe une sorte de délire de paroles et d'action, sans que, cependant, il semble y avoir une suppression complète de la conscience. L'état cotameux n'a été observé qu'une fois; en général les attaques étaient suivies d'une légère dépression et d'apathie qui disparaissaient en vingt-quatre heures[1]... »

Hammond, dans son *Traité des maladies du système nerveux*, reproduit dans l'article *hystéro-épilepsie* la plupart des figures qui se trouvent dans les *Leçons* de M. Charcot concernant le même sujet.

La description qu'il donne des attaques est incomplète. Il est possible cependant d'y retrouver bien des traits de notre description.

Observation CXLVI. — « Une attaque d'hystéro-épilepsie, dit-il, est caractérisée par des convulsions qui ressemblent plus ou moins à celles de l'épilepsie.

« Habituellement il y a en premier lieu un spasme tétaniforme bien marqué, d'autres fois peu intense et parfois même nul. Ensuite viennent des convulsions cloniques pendant lesquelles le malade a de l'écume à la bouche et une émission involontaire ou des morsures à la langue, quoique ces phénomènes, surtout le dernier, soient rares. La perte de connaissance existe pendant ce stade.

« Puis il survient une série remarquable de mouvements pendant lesquels le malade recouvre les sens, au point qu'il peut répondre aux questions qu'on lui adresse; mais il ne conserve pas le souvenir de ce qui s'est passé antérieurement. Ces mouvements sont apparemment volontaires et consistent dans les contorsions les plus étranges des muscles de la face, du cou, du tronc et des extrémités, de sorte que les gens superstitieux peuvent bien imaginer l'existence d'un agent diabolique intérieur ou extérieur.

« Pendant cette partie de l'attaque, le malade déchire avec ses mains, et avec ses dents tout ce qu'il peut atteindre, et il prononce des sons étranges ou des sons inarticulés qui sont apparemment en relation avec les idées qui traversent son esprit. Enfin l'élément purement hystérique cesse de prévaloir et le malade pleure et rit tour à tour et finit peu à peu par se rendre compte de ce qui se passe autour de lui.

« Pendant toute la durée de l'attaque le visage est rouge, les pupilles modérément contractées, le pouls est accéléré, la transpiration abondante et la respiration fréquente et irrégulière... »

1. G. Sepilli et Maragliano, *Contribution à l'étude de l'hystéro-épilesie* (*Rivista sperim. di fren.* IV, II et III, p. 345), analyse par Salomon de Hambourg dans le *Centralblatt für Nervenheilkunde*, etc., n° du 1er mars 1879.

L'auteur signale ensuite quelques modalités de l'attaque. Il est parlé de convulsions consistant en « une série de mouvements rapides »; de spasmes opisthotoniques, « la tête et les talons seuls touchent le lit »; d'*aura* distincte partant de l'ovaire gauche. Enfin l'influence de la compression ovarienne sur l'arrêt des convulsions est également indiquée.

Au sujet de la thèse que nous défendons ici de l'universalité du type récemment décrit par M. Charcot de l'attaque hystéro-épileptique, l'appoint le plus considérable qui nous vienne d'Amérique nous est fourni par le Dr Charles K. Mills de Philadelphie, dans son article sur l'hystéro-épilepsie publiée dans le « *American journal of the medical sciences* » (oct. 1881.) L'auteur entreprend la description de la grande hystérie d'après les auteurs français; il donne une analyse détaillée de tous les travaux de M. le professeur Charcot et de ses élèves sur la matière, il rapporte en outre l'histoire de deux cas qu'il a observés lui-même et qu'il rapproche de la description du type qu'il vient d'exposer. Le premier cas est particulièrement intéressant, et après une courte discussion l'auteur arrive à cette conclusion qu'il s'agit bien certainement d'un cas d'hystéro-épilepsie, telle que l'ont décrite les auteurs français. D'ailleurs cette observation est assez importante pour que nous la donnions ici presque *in extenso* en soulignant les détails les plus saillants.

Observation CXLVII.— *Chorée. — Hémianesthésie incomplète à gauche. Zones hystérogènes. — Attaques convulsives ainsi composées : période d'aura; période épileptoïde marquée par quelques mouvements convulsifs partiels de la face, une attitude de rigidité tétanique et la suppression de la respiration; prédominance des symptômes de la 2e période, arc de cercle; 3e période composée d'une attitude passionnelle unique, mais variable suivant les attaques; 4e période délirante.*

R..., âgée de vingt et un ans, célibataire, fut admise pour la première fois à l'hôpital allemand le 13 nov. 1879. De neuf à douze ans plusieurs attaques de chorée. Enfance fréquemment troublée par des cauchemars et des rêves pénibles. La menstruation ne s'établit que vers dix-huit ans. Les premières règles furent précédées et accompagnées de douleurs aiguës et de crampes. Pendant la première année de la menstruation, lorsqu'elle était à « Atlantic City » elle se baigna pendant qu'elle avait ses règles. Elle resta deux heures dans l'eau, fut saisie par le froid et l'écoulement qui avait commencé le matin même, s'arrêta complètement. Depuis ce jour la menstruation est devenue peu abondante, douloureuse et irrégulière.

Au dire de la malade, elle eut à dix-huit ans environ des relations avec un homme pendant cinq mois, et après avoir eu la plus grande confiance en lui,

elle apprit qu'il avait une femme et deux enfants. Elle en eut un violent chagrin et tomba dans un état voisin du désespoir. Le soir, elle allait fréquemment seule faire de longues promenades. Une fois elle erra à plusieurs « milles » de son domicile jusqu'à « Fairmount Park » et fut ramenée par un des gardiens du parc. Elle prétendit n'avoir jamais su comment elle était allée jusque-là.

Le 2 sept. 1879 elle eut un évanouissement en tramway. En revenant à elle, elle s'aperçut que son bras gauche était atteint d'un tremblement continu. Sept semaines plus tard elle fut admise à l'hôpital allemand où elle eut de violentes attaques convulsives, et où l'on diagnostiqua l'hystérie. Après avoir quitté l'hopital elle y rentra de nouveau le 9 juin 1880 dans un état d'inconscience ou de demi-inconscience. Elle avait été à un pique-nique et pendant qu'elle se balançait, elle avait perdu connaissance et avait été prise d'une violente attaque de nerfs. Pendant les deux heures qui suivirent son admission elle eut une série de convulsions. Depuis elle a toujours eu de semblables attaques deux ou trois fois par semaine ou même plus souvent.

Je la vis pour la première fois vers le milieu de janvier 1881. Elle avait le facies d'une hystérique, et était douée d'une intelligence remarquable. Elle parlait volontiers d'elle-même. Le symptôme le plus remarquable était un tremblement très accusé, affectant le bras gauche, l'avant-bras et la main. Il était continu et avait existé depuis son admission à l'hôpital. Le côté gauche du corps était incomplètement anesthésique, l'anesthésie était principalement marquée à l'avant-bras gauche. Il n'y avait pas, à ce moment d'hyperesthésie ovarienne, mais la partie postérieure du crâne et la région cervico-dorsale de la colonne vertébrale étaient le siège d'une hyperesthésie très accusée. *La pression ou la manipulation de ces régions amenait en quelques instants une attaque de spasme.* Les attaques se produisaient cependant sans cause d'excitation apparente.

Pendant une période variant de six à douze heures environ avant l'attaque, elle se sentait ordinairement triste, mélancolique avec des appréhensions étranges. Elle entendait fréquemment des bruits analogues à celui de la vapeur sifflant à ses oreilles, plutôt du côté droit que du côté gauche. Elle se plaignait de palpitations cardiaques et de douleurs dans les reins. Elle éprouvait de la faiblesse et de la fatigue dans les membres. Au commencement de l'attaque, ses yeux devenaient lourds et son regard vague, sa tête se portait en arrière et elle serait tombée dans cette direction si on ne l'avait soutenue.

J'ai eu plusieurs fois l'occasion d'assister aux différentes phases de l'attaque ou des séries d'attaques qui se prolongeaient quelquefois pendant une et même pendant quatre ou cinq heures. L'ordre des phénomènes n'était pas toujours le même et cependant on pouvait constater, dans les différentes phases de l'attaque, des ressemblances générales. Je vais essayer de donner un aperçu de ces différents états et de leur mode de succession, tels que je les ai observés dans une circonstance où les crises furent très fortes.

Une fois la malade couchée, le premier signe fut un clignement des paupières, puis des contractions des muscles du front et de la bouche. Elle tourna ensuite la tête de côté et d'autre et jeta autour d'elle des regards vagues. La respiration devint irrégulière. Au bout de quelques instants, un tremblement convulsif parcourut son corps et ses membres.

Les bras s'écartèrent légèrement, les mains en partie fermées. Les extrémités inférieures se mirent dans l'extension, la jambe gauche croisant la droite par-dessus. Les *membres étaient rigides*, la bouche fermée et les dents grinçaient. *Elle perdit connaissance et la respiration sembla s'arrêter.* Suivit une série de *violentes convulsions*. Son corps entier était projeté de bas en haut, et se tordait de côté et d'autre. Quelquefois elle se *courbait en opisthotonos*. Tout son corps fut de nouveau tourmenté par les convulsions les plus violentes. Le calme se fit quelques instants après, mais elle demeura rigide, *immobilisée dans l'attitude du crucifiement* décrite par les auteurs français.

Bientôt les convulsions recommencèrent sans perdre de leur violence, le *corps soulevé se recourbait en arrière*. Une nouvelle détente survint, mais ne dura pas longtemps. Une série encore plus remarquable de grands mouvements commença. Après une succession de soulèvements du tronc de plus en plus violents, elle s'élança en quelque sorte dans la *position d'opisthotonos extrême* que le Dr Taylor a exactement reproduit dans le dessin qui accompagne le texte (fig. 96). *Elle resta ainsi arquée en l'air pendant une minute et même plus.* Cette attitude fut suivie d'une série de sauts dans lesquels le corps s'arquait pareillement. Quand les convulsions cessèrent elle se mit sur son séant et regarda autour d'elle avec une expression d'effarement. *Elle tourna la tête de côté et sembla fixer un objet. Son expression était légèrement souriante.* Quand on lui adressait la parole, elle regardait la personne qui lui parlait mais sans paraître comprendre ce qu'on lui disait et peu après elle reprenait l'attitude qu'elle avait auparavant. Au bout de quelques minutes elle se recoucha *murmurant des choses incohérentes* et environ un quart d'heure après, elle s'endormit.

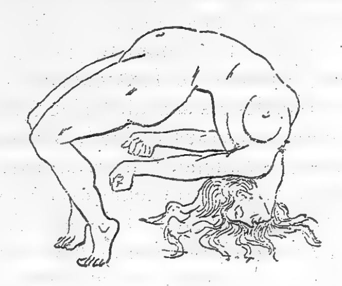


Fig. 96.

Tel est le récit d'une attaque. Quelquefois elle en avait plusieurs de suite, ou bien les manifestations spasmodiques se répétèrent plusieurs fois de la même façon ou avec quelques irrégularités. Une forte pression de la région des ovaires ne parvenait pas généralement à arrêter les convulsions. On pouvait toutefois y mettre fin par l'éthérisation ou par une vive faradisation des membres et du tronc. La période qui suivait les convulsions n'était pas toujours semblable à celle que j'ai décrite. Quelquefois, après s'être mise sur son séant, au lieu de sourire, *elle avait l'air furieux et proférait quelques paroles, telles que : « Vous le savez ! oui ! vous le savez, oui ! oui ! »* Souvent on l'entendit murmurer pendant des heures après l'attaque. Quelquefois ses

lèvres s'agitaient sans que l'on entendît aucun son. Tôt ou tard, elle finissait par s'endormir d'un sommeil profond qui durait plusieurs heures.

Pendant les convulsions elle semblait perdre entièrement la conscience de ce qui l'entourait. Parfois il semblait à ceux qui l'observaient que ses mouvements étaient prémédités et volontaires ; mais je fus bientôt convaincu qu'il n'en était rien. Elle était insensible à la douleur et aux autres excitations. L'expression de sa physionomie était vague et ne variait pas. La seule chose, suivant son dire, dont elle gardait le souvenir, était un bruit étrange et confus qui lui emplissait les oreilles. Ceci se produisait probablement juste au moment où elle reprenait connaissance.

A propos de cette malade, le D[r] Mills fait remarquer que les rapprochements entre les symptômes de ses attaques et ceux qui composent l'attaque-type d'hystéro-épilepsie sont faciles à constater. Les différentes périodes et souvent les diverses phases peuvent être retrouvées sans grande difficulté. L'attaque était précédée d'une *période prodromique* caractérisée par une altération du caractère, des bruits de vapeur, des palpitations cardiaques, du vertige, etc. Après quelques secousses convulsives et quelques spasmes de la respiration, survenaient la *tétanisation musculaire*, et en même temps l'*arrêt de la respiration* et *la perte de connaissance*. Après l'immobilisation tétanique dans des attitudes variées, on voyait les convulsions cloniques et la résolution. Tout ceci se rattache à la *première période* ou *période épileptoïde*. Dans la *période* des *contorsions*, l'*arc de cercle* « était plus accusé que ne le représente les illustrations de Bourneville et Regnard et se rapprochait beaucoup de la figure 44, page 81, du livre de P. Richer[1]. » Cette attitude d'opisthotonos exagéré était suivie d'une succession de soulèvements et de chutes de tout le corps, correspondant vraisemblablement à la *phase des grands mouvements*. La *période des attitudes passionnelles* était très clairement représentée par la position, le geste, la physionomie de la malade vers la fin de la crise et aussi par les paroles qu'elle proférait. Enfin souvent la *période de délire* était représentée bien qu'imparfaitement par les marmottements de la malade qui se prolongeaient quelquefois longtemps après la crise.

Observation CXLVIII.

Dans le second cas rapporté par le même auteur et qu'il considère comme une attaque aiguë (*acute attack*) survenue chez une femme hystérique, les manifestations convulsives dans leur nature et leur mode

1. Il est question ici de la première édition du présent ouvrage.

d'évolution étaient bien semblables à celles de l'hystéro-épilepsie, mais les différentes périodes et phases de l'attaque ne paraissent pas pouvoir être aussi nettement précisées. L'apnée jouait un rôle prédominant et donnait aux crises un aspect particulièrement effrayant. La crise semblait surtout composée des phénomènes de la deuxième période de l'attaque type, convulsions étranges, contorsions violentes, arc de cercle plusieurs fois répété, grands mouvements désordonnés qui nécessitent le secours de plusieurs aides pour la maintenir sur le lit. — L'observation est accompagnée d'une figure qui représente la malade agenouillée, les bras portés en avant. Cette attitude qu'elle prenait souvent au milieu de ses crises semble bien répondre à une hallucination, et pourrait être considérée alors comme une des attitudes dites passionnelles qui caractérisent la troisième période. — Enfin quelques crises furent suivies d'un sommeil léthargique de plusieurs heures.

Observation CXLIX. — *Attaques épileptoïdes. — Attaques de contracture généralisée avec délire.*

Les observations que rapporte le Dr Hamilton au chapitre hystéro-épilepsie de son livre sur les maladies nerveuses[1], sont plus remarquables au point de vue des variétés de la grande attaque hystérique, qu'au point de vue de la régularité du type décrit. L'observation I, la plus intéressante, se rapporte à un cas d'hytéro-épilepsie des plus ma-



Fig. 97.

nifestes dans lequel les crises convulsives revêtant les apparences de l'accès épileptique duraient deux ou trois jours et étaient accompagnées de suppressions des urines, de vomissements, et d'hémianesthésie tantôt à droite, tantôt à gauche. Il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans, très irrégulièrement menstruée et que la forme spéciale de ses crises avait d'abord conduite à l'hôpital des épileptiques où elle était

1. *Nervous diseases; their description and treatmenti*, by Allan Maclane Hamilton, M.D. London, 1881.

restée quelques temps et s'était fait remarquer par l'irritabilité de son caractère et ses tendances aux espiègleries. Le Dr Hamilton donne le récit d'une série de crises dont il fut témoin, et qui débuta par plusieurs attaques épileptiformes avec écume à la bouche, morsure à la langue, et perte momentanée de connaissance. Ensuite survint un état de délire avec illusions et hallucinations terrifiantes, menaces et langage obscène. Puis une attaque de contracture généralisée pendant laquelle le délire continua et qui dura plus d'un jour. L'observation est accompagnée d'un bon dessin qui représente la malade à cette période de sa crise. Il suffit d'un simple coup d'œil pour être frappé du caractère éminemment hystérique de l'attitude de contracture dans laquelle la malade est figurée. — Ce simple dessin vaut à lui seul toute une description détaillée, et permet de constater les ressemblances énorme de ce cas d'hystéro-épilepsie de provenance américaine avec ceux de même espèce que nous avons eus ici sous les yeux. La malade est étendue, rigide, sur son lit, la tête renversée et tournée de côté, la langue sortie de la bouche. Les bras à demi fléchis s'élèvent et se croisent en avant de la poitrine, les poings fermés. On remarque en outre, la distension du ventre, l'ensellure due à l'opisthotonos, et l'attitude caractéristique du *pied-bot hystérique*.

La contracture ne céda que peu à peu. Cette crise fut accompagnée d'une suppression d'urine qui dura plusieurs jours et fut suivie pendant trois ou quatre jours d'un peu d'hémianesthésie du côté droit.

Voici le récit de cette attaque de contracture.

Je la trouvai couchée sur le lit légèrement recouverte d'un drap. Les muscles de son dos étaient contractés et rigides de sorte que sa position était celle de l'*opisthotonos ;* sa tête était tournée de côté et sa langue sortait de la bouche. Ses yeux étaient ouverts, les pupilles fortement dilatées et insensibles à la lumière. L'expression du visage était vague et apparemment elle ne se rendait pas compte de ce qui l'entourait. Ses bras étaient ramenés sur sa poitrine et ses avant-bras légèrement courbés et se croisant l'un sur l'autre légèrement. Ses pouces étaient repliés en dedans et couverts par les autres doigts qui étaient rigides et pliés. Son pouls marquait 124; sa température 101°,2; sa respiration 33. Elle se murmurait à elle-même une suite de mots décousus vides de sens et continua pendant ma visite. Elle n'avait pas mangé depuis vingt-quatre heures et j'ordonnai de l'hydrate de chloral en doses de vingt grains et du lait qu'on devait lui introduire de force dans la bouche, dans le cas où elle ne l'ouvrirait pas d'elle-même.

Lorsque je revins le lendemain, la mère me dit que la malade avait eu des illusions pendant la nuit et avait maudit ceux de sa famille qui s'aventuraient à s'approcher d'elle. Je trouvai que la rigidité du jour précédent était moins marquée mais que sa main droite et l'avant-bras étaient sous la partie infé-

rieure de son dos. Le coin droit de la bouche était tourné vers le bas, ses yeux étaient encore ouverts et la cornée anesthétique. Elle ne me reconnut pas. La température du corps était de 100°, le pouls marquait 108, la respiration 28. Le lendemain matin le Dr Charles E. Lockwood de cette ville vint avec moi la voir. Elle allait alors beaucoup mieux, et était moins rigide, mais la main droite était fortement fermée, et, rien ne put la décider à l'ouvrir. Les doigts de pied étaient aussi repliés et le pied droit avait l'apparence de ce que Charcot a dénommé « *le pied bot hystérique* ». La cornée était sensible et les pupilles moins dilatées. Les yeux roulaient d'un côté à l'autre et la malade soupirait de temps en temps. Son pouls ne marquait plus que 96, était faible et irritable, la température était de 99°. En lui parlant brusquement, elle répondit : « Docteur » puis retomba dans son état de stupidité, tournant la tête à droite et à gauche et fixant le plafond. De temps en temps elle remuait la langue comme si sa bouche était sèche. Le docteur Lockwood me proposa d'essayer de l'effrayer et comme nous la menaçâmes d'employer un cautère ceci nous valut d'abord des remontrances et ensuite des réponses à nos questions.

Observation CL.

Dans l'observation n° II les signes manquent pour rattacher les attaques épileptiques à la diathèse hystérique. Ce pourrait être là un exemple d'hystéro-épilepsie à *crises distinctes*, c'est à dire de cette forme de l'hystéro-épilepsie dans laquelle il y a coexistence chez un même sujet des deux névroses hystérie et épilepsie et qui présente au rang de ses manifestations convulsives deux sortes de crises distinctes, les unes relevant uniquemment de l'hystérie et les autres de l'épilepsie. Mais il est question également d'un *accès de contracture généralisée* avec délire et hallucinations gaies, se rapprochant de ce qu'on observe dans le délirium tremens, et qui est évidemment de nature hystérique. La crise avait débuté par un accès d'apparence épileptique et dura trois jours. Elle ne fut pas suivie d'hémianesthésie, mais il y eut, comme dans le cas précédent, de l'ischurie qui dura plusieurs jours.

Observation CLI[1]. — *Attaque convulsive principalement composée des phénomènes de la deuxième période. — Influence de la compression ovarienne.*

Dans le numéro du 25 octobre 1880 du « *New-York médical Record* » le Dr Samuel Ayres rapporte comme exemple d'hystéro-épilepsie ou grande hystérie, une intéressante observation qui offre avec les cas que

1. Sammel Ayres, 1880. (Recueillie à Dexmont, Amérique.)

nous avons ici sous nos yeux de nombreux points de rapprochement et dont voici une analyse détaillée :

Ella C..., vingt ans, célibataire, domestique, admise le 8 septembre 1880 à l'hôpital. Elle était sous le coup d'un délire mélancolique qui ne permet de recueillir que fort peu de renseignements sur son histoire. — Rien de remarquable jusqu'au 7 octobre, jour où le Dr Ayres fut appelé près d'elle en toute hâte et la trouva étendue sur le plancher, la tête fortement rejetée en arrière, le cou roide et gonflé, la figure congestionnée, les yeux convulsivement fermés, le corps contorsionné et les extrémités agitées des mouvements les plus violents et les plus divers. En même temps elle demandait avec frénésie de l'eau qu'elle ne put boire qu'en petite quantité et très difficilement à cause du trismus.

De l'eau froide qui lui fut jetée au visage suspendit pour un moment les convulsions. A peine la malade était-elle mise sur son lit qu'une nouvelle crise éclata. Il y eut une courte période de spasme tonique ou rigidité tétanique, la tête rejetée en arrière et le corps en opisthotonos. Le docteur Ayres insiste sur le gonflement et l'élargissement (*swelling and widening*) du cou et sur le soulèvement (*bulging*) des parois abdominales qui se produisaient alors. Ensuite survint une agitation telle et des mouvements si violents qu'il fallut quatre personnes pour la maintenir sur son lit. Les paupières étaient de nouveau complètement fermées et elle criait que ses yeux « éclataient ». Les lèvres étaient couvertes d'écume. Une injection hypodermique de chlorhydrate de morphine, les aspersions d'eau froide demeurèrent impuissantes. Les crises se succédaient rapidement à des intervalles d'une demi-minute à peine et duraient chacune de trois à quatre minutes. Il y avait par moment perte complète de connaissance. La température et le pouls étaient peu modifiés.

Le Dr Ayres songea alors à user du procédé qu'il avait vu décrit dans les leçons de M. Charcot, de la compression ovarienne. La pression fut exercée sur l'ovaire gauche à cause de la grande sensibilité qui existait de ce côté. L'effet fut instantané. « Une détente complète, dit le Dr Ayres, s'ensuivit, bien que la malade ne reprit pas immédiatement connaissance. Lorsque j'enlevais le pouce et que j'attendais un instant seulement, les mouvements convulsifs recommençaient pour être de nouveau arrêtés par la compression. Cette expérience fut répétée à plusieurs reprises pour acquérir l'entière conviction que les crises étaient bien complètement calmées par la compression. Il était intéressant d'observer l'expression de la face pendant qu'on exerçait cette manœuvre. D'abord la malade paraissait souffrir beaucoup, mais plus la pression était profonde, plus le soulagement devenait grand jusqu'à ce qu'enfin la face prit une expression de calme complet. »

La compression fut maintenue pendant environ vingt minutes, on fit une injection de morphine et un emplâtre belladonné fut appliqué sur l'ovaire gauche. — La malade put se reposer alors plusieurs heures et n'eut plus qu'une légère attaque le même soir.

Dans la description qui précède il est facile de reconnaître les caractères d'une attaque de grande hystérie dans laquelle prédomineraient les symptômes de la seconde période, cortorsions et grands mouvements. Le gonfle-

ment du cou est un trait bien spécial de la crise hystérique et qui n'a pas échappé au Dr Ayres. Les crises se succédaient de façon à constituer ce qui a été désigné sous le nom d'*état de mal hystéro-épileptique*. Enfin l'influence de la compression ovarienne sur l'arrêt des convulsions est des plus remarquable. Mais ce n'est pas tout. Le rapprochement est encore plus complet. Nous savons que l'excitation des zones hystérogènes, parmi lesquelles compte au premier rang la région ovarienne, produit un double résultat opposé : l'arrêt des convulsions pendant l'état de crise et au contraire le développement des convulsions en dehors de l'état de crise. C'est ce que le médecin américain a pu également constater chez sa malade.

« Une semaine environ, dit-il, après ce qui précède, alors que la malade semblait aussi bien qu'elle n'avait jamais été depuis son admission à l'hospice, je fis, dans l'intention de provoquer une crise, une tentative qui aurait pleinement réussi, si les choses avaient été poussées assez loin. La malade étant couchée, je comprimai légèrement la même région iliaque et immédiatement tous les symptômes précurseurs d'une attaque s'en suivirent, spasme et distention de l'abdomen, mouvements fréquents de déglutition, roulement d'yeux, mouvements convulsifs de la face, et perte momentanée de connaissance. Mais en élevant aussitôt le pouce avant l'éclosion des convulsions, la malade revint rapidement à elle et jeta de tous côté des regards confus et égarés. Si l'attaque avait été complètement établie, j'aurais simplement augmenté la pression au lieu de la suspendre. »

Dans la suite de l'observation, l'hémianesthésie signalée du côté gauche vient compléter le tableau.

OBSERVATION CLII. — *Attaques de grande hystérie consistant en : période prodromique, période épileptoïde, période des contorsions et des grands mouvements, période des attitudes passionnelles, période de délire. — Séries d'attaques. — Légère hémianesthésie gauche, dyschromatopsie. — Points douloureux.*

Je dois à l'extrême obligeance de mon ami le Dr Maurice Mendelssohn de Saint Pétersbourg, les intéressants détails qui suivent.

« J'ai pu constater, dit-il, que l'hystéro-épilepsie, telle qu'elle a été décrite par M. Charcot, est assez fréquente à Saint-Pétersbourg. J'en ai observé plusieurs cas en ville, mais celui que je vais rapporter offre ceci de particulièrement intéressant qu'il s'est présenté à l'hopital Marie de Saint-Pétersbourg où je l'ai suivi pendant plusieurs mois et où j'ai pu en rendre bien souvent témoins les autres médecins de cet hôpital. Ils ont pu constater comme moi la régularité des phases de la maladie, et se rendre compte de la réalité des phénomènes observés, et de l'impossibilité de la simulation. Quelques-uns mal disposés tout d'abord à l'égard de phénomènes toujours plus ou moins étranges, ont bien été obligés, dans la suite, d'abandonner leur scepticisme en présence de faits incontestables.

« Mlle X..., âgée de dix-sept ans est entrée à l'hopital Marie au mois de novembre 1879. Je l'ai vue pour la première fois au mois de janvier 1880. Avant moi elle avait été observée par le Dr Winter qui m'a assuré qu'aucun changement n'était survenu dans les symptômes de la maladie. Les attaques ont toujours été semblables à celles que j'ai pu observer, quant à la nature des symptômes et quant à la succession des différentes phases. La malade est née à Saint-Pétersbourg de parents polonais. Le père s'adonnait à l'alcoolisme. Blonde, maigre, peu développée pour son âge, elle est de constitution délicate. Elle a toujours été nerveuse et avait souvent de petites crises hystériques. Mais ce n'est que depuis trois ans environ (moment coïncidant avec l'apparition des règles) qu'elle est atteinte de ce qu'elle appelle « ses fortes attaques ».

« L'attaque est toujours précédée d'une *période prodromique* qui consiste dans des malaises, de l'inappétance, une grande irritabilité et des maux de tête. Puis surviennent les phénomènes de l'aura hystérique, sensation de boule à la gorge, serrement à l'épigastre qui devient sensible à la pression, engourdissement de tout le côté gauche. La région ovarienne gauche très peu sensible dans l'intervalle des attaques devient alors très sensible à la pression. Parfois il y a des battements de cœur, des éblouissements, des bourdonnements dans les oreilles. La malade nous a raconté que cette période d'aura qui se prolonge parfois pendant une heure est toujours le moment le plus pénible. Elle désire que l'attaque commence.

« Le début de l'attaque est marqué par la perte de connaissance et par une anesthésie complète; pâleur de la face, inspiration sifflante, respiration courte et difficile. Au bout de quelques instants tout le corps est envahi par une roideur qui s'accentue de plus en plus et devient bientôt entièrement tétanique ; les mâchoires sont serrées, il n'y a pas de salivation ; les paupières fermées ; si l'on parvient à les écarter, ce qui n'arrive pas toujours, on constate que les globes oculaires sont fortement portés en dehors et en bas (strabisme divergent, les pupilles sont rétrécies.) Cet état de *tétanisme* persiste pendant cinq à dix minutes. Puis il fait place à de rapides mouvements convulsifs (*phase clonique*) à brèves oscillations qui animent tout le corps mais surtout la face et les extrémités supérieures. Les paupières palpitent. Cette phase est de courte durée. Peu à peu les secousses diminuent et cessent complètement. Les muscles sont dans le relâchement (*phase de résolution*), mais la malade reste dans un état comateux ; la face est cyanosée, la respiration devient plus calme. Il n'y a pas de stertor.

« *Période des contorsions et des grands mouvements.* — Bientôt tous les membres sont pris de mouvements lents et très désordonnés. La face grimace, les dents claquent. Les doigts sont tantôt crispés, tantôt dans l'extension complète ; l'avant-bras est successivement en flexion, extension, pronation et supination ; le bras exécute des mouvements de circumduction. Les extrémités inférieures sont également agitées. Le pied est le plus souvent dans l'attitude de l'équin-varus. Tous ces mouvements sont asymétriques et asynergiques. Ainsi on voit parfois la jambe droite en extension forcée avec le pied en équin-varus, tandis que la jambe gauche est en même temps fléchie sur la cuisse qui de son côté est fléchie sur le bassin.

« Tout à coup la malade se lève, reste quelques secondes dans la position assise, les yeux hagards, puis elle se renverse sur le lit, et son corps se

courbe en *arc de cercle,* le ventre est excessivement tendu et le bassin fortement projeté en avant. Au bout d'une demi-minute elle retombe et les attitudes passionnelles apparaissent.

« *Période des attitudes passionnelles.* — On remarque des poses plastiques, pendant lesquelles la malade fait entendre des paroles entrecoupées. Elle fait surtout des gestes de colère, en criant : « X... Va-t-en! » Elle prononce alors le nom d'un médecin de l'hôpital qu'elle n'aime pas et son regard est fixé sur un coin de la salle où se trouve un poêle qu'elle ne voit pas, ainsi qu'elle le raconte après l'attaque. Mais c'est toujours à cette place qu'elle voit le médecin. Dans un accès furieux elle tombe sur le lit, puis se relève, frappe le matelas qu'elle plie et replie. Cette scène ne manque jamais, et cette phase de l'attaque est désignée par les malades de la salle sous le nom de la période de « *X... Va-t-en!* ». Ceci dure quelques minutes (cinq à dix) puis survient le délire post-hystérique.

« *Période de délire.* — Cette période est peu accentuée chez notre malade. Elle consiste en un état de torpeur pendant lequel la malade n'entend rien, ne répond pas aux questions qui lui sont posées. Elle regarde les personnes qui l'entourent, mais ne les reconnaît pas. La figure conserve pendant un certain temps encore l'expression de la colère, parfois elle se met à pleurer. Cet état disparaît au bout d'une demi-heure, mais la malade reste encore pendant plusieurs heures triste et mélancolique.

« Telle est la marche habituelle des attaques chez notre malade. Elles se succèdent ainsi pendant toute une journée avec des intervalles très courts, parfois même en se précipitant. Après les grands mouvements et l'arc de cercle, la malade repassait sans transition par la phase tonique du début.

« Bien que la région ovarienne gauche soit très sensible à la pression, la compression ovarienne n'arrête pas l'attaque. Mais elle est très douloureuse, et provoque des cris au moment même de l'attaque. Les vertèbres cervicales, la partie frontale du crâne, et l'épigastre sont en tout temps sensibles à la pression, et la malade en ressent un violent malaise. On n'a pas observé chez elle le somnambulisme ou la catalepsie provoqués. Mais elle ne peut fixer son regard sur un point ou sur la lumière d'une bougie, sans se sentir incommodée. Elle éprouve du vertige et se refuse à continuer l'expérience.

« Il existe un léger degré d'hémianesthésie gauche avec dyschromatopsie; plaques anesthésiques sur le dos. Les règles viennent toutes les quatre semaines; leur durée varie de deux à six jours. Elles manquent quelquefois. Avant et après les règles la malade est toujours plus irritable, plus sujette à ses attaques qui sont alors plus violentes.

« Les autres fonctions sont normales. »

OBSERVATION CLIII[1]

« Le cas précédent a été observé à Saint-Pétersbourg, mais l'hystéro-épilepsie est aussi fréquente dans les provinces où l'élément national

1. Dr Drzewiecki, Canton Oustisysolsk, gouvernement de Wologodsk. Russie 1872. Je dois également la connaissance de ces faits au Dr M. Mendelssohn qui a bien voulu faire la traduction des passages intéressants du travail du Dr Drzeweicki.

est purement russe. Elle est même endémique dans plusieurs endroits. Comme preuve, je citerai quelques extraits de la thèse inaugurale de M. le docteur Drzewiecki, intitulée : « *La topographie médicale du canton Oustissyssolsk dans le gouvernement de Wologodsk* » et soutenue à la faculté de Saint-Pétersbourg en 1872. M. Drzewiecki, depuis plusieurs années médecin dans ce pays, y a observé une forme de l'hystérie qu'il décrit fort bien, et qui n'est autre que l'hystéro-épilepsie décrite à la Salpêtrière. Voici ce qu'il dit (p. 96-100) : « La maladie est endémique, 3, 8 p. 100 de toutes les maladies. Le plus souvent l'hystérie se présente ici sous forme d'attaques épileptoïdes et choréiques. L'hystérie porte le nom de « *portscha* » ce qui veut dire abîmé par les mauvais esprits. La grande chorée porte le nom de « *clicoucha* » ce qui veut dire crieur, car les malades poussent de grands cris, surtout quand ils sont rassemblés dans un endroit, par exemple à l'église. » D'autres médecins de province m'ont assuré que la même *clicoucha* (qui pour nous est l'hystéro-épilepsie de la Salpêtrière) est endémique dans plusieurs autres provinces de Russie, par exemple, dans les gouvernements de Koursk, Perm, etc.

« M. Drzewiecki croit que la localité d'Oustissyssolsk est très favorable (pour des causes inconnues) au développement de ces manifestations hystériques, car chez plusieurs sujets, il a vu les accidents disparaître aussitôt après avoir quitté le pays, et se montrer de nouveau aussitôt après leur arrivée. Les femmes sont sans comparaison beaucoup plus souvent atteintes que les hommes, mais ces derniers n'en sont pas exempts.

« Les observations de M. Drzewiecki sont d'autant plus intéressantes qu'il n'était pas au courant des travaux qui se poursuivaient alors à la Salpêtrière, ainsi que le prouve le passage suivant : « L'hystérie dans le canton d'Oustissyssolsk ne ressemble plus du tout à celle qui se trouve décrite dans les livres. Elle s'accompagne de pertes de connaissance et de convulsions épileptiformes, et ce n'est que dans ce dernier cas que la maladie est entièrement développée. »

« Voici du reste la description de l'attaque.

« Avant l'attaque, les malades se sentent mal, sont très irritables, éprouvent un serrement continuel dans le gosier, parfois une toux spasmodique. Cet état dure quelques heures, et même jusqu'à vingt-quatre heures, puis fait place à l'attaque qui commence ainsi : la malade se couche ou s'appuie contre un objet quelconque, et tombe alors dans un état d'anéantissement qui ressemble au sommeil. Bientôt apparaissent des convulsions dans les yeux et dans les muscles de la face, puis sur le cou, d'où elles se propagent au tronc et aux extrémités. Ces convulsions sont d'une grande intensité et se succèdent dans

un certain ordre. Le corps entier se courbe en *arc de cercle*, tantôt en avant, tantôt en arrière, tantôt sur les côtés. Les bras et les jambes sont animés de convulsions toniques et cloniques. En outre il y a un resserrement de l'œsophage et une toux spasmodique. La déglutition et la respiration deviennent très difficiles. Souvent aussi on voit des convulsions dans les parois abdominales et dans les intestins. Par suite d'une accumulation de liquides et de gaz dans les anses intestinales ; ces secousses déterminent dans le ventre des bruits qui ressemblent à des cris de souris ou de petits oiseaux. Quand les convulsions cessent, tout le corps paraît légèrement tétanisé, et les membres conservent pendant longtemps la position qu'on leur imprime. A ce moment les malades sont prises d'un délire qui est parfois en rapport avec des visions. Puis le délire fait de nouveau place aux convulsions, à la toux, à la difficulté de la déglutition. Parfois on observe en même temps des congestions passagères ou un abaissement de température dans les différentes parties du corps. Tous ces symptômes se répètent un certain nombre de fois, jusqu'à ce que le calme se rétablisse, et que la connaissance reparaisse. A ce moment la malade demande toujours à boire. Après l'attaque, elle urine souvent très abondamment, parfois elle a de la diarrhée. Après une durée de une à quatre heures l'attaque cesse complètement. La malade se plaint alors pendant quelque temps de mal de tête et de fatigue dans les membres. Mais l'état s'améliore rapidement et souvent elle retourne le jour même à ses occupations habituelles. Mais l'attaque ne cesse pas toujours aussi promptement. Le plus souvent plusieurs accès se succèdent à de courts intervalles, puis la malade a du délire. Elle ouvre les yeux, se lève et commence à causer avec les personnes qui l'entourent. Ses causeries sont mêlées d'hallucinations. Elle cherche à effrayer, marche vers la fenêtre avec l'intention de sauter dans la rue. Elle se cache sous le lit ou dans toutes sortes d'endroits incommodes. Elle saisit des objets tranchants avec lesquels elle veut se faire du mal à elle-même ou aux autres. Parfois elle s'imagine être une autre personne, etc. En un mot cette période a le caractère d'une aliénation temporaire.

« Ensuite la malade, après avoir repris connaissance pendant quelques instants, commence à se sentir défaillir. Elle a la sensation de la mort qui approche, et se produit alors le troisième groupe de symptômes nerveux : l'*évanouissement hystérique*. La face pâlit, la respiration devient rare et superficielle, le pouls faible, les battements cardiaques plus lents et plus faibles, et la malade se trouve dans une espèce d'*état léthargique* que je ne pouvais pas regarder sans craindre de le voir se terminer par la mort. Cet état dure de une à trois heures. Des convulsions, du délire lui succèdent. Après quoi la malade se réveille et se plaint le plus souvent de douleurs à l'épigastre, dans le dos, entre les épaules, parfois aussi à la matrice.

« Il arrive quelquefois que la malade se sent beaucoup mieux après l'attaque qu'avant.

« Parfois l'attaque est incomplète, et la malade ne perd pas connaissance. »

En outre des symptômes de catalepsie et de léthargie qui appartiennent aux variétés de la grande attaque hystérique, il est facile de retrouver, dans la description du Dr Drzewiecki tous les signes des quatre périodes classiques de la grande attaque régulière.

QUATRIÈME PARTIE

DE L'HYPNOTISME CHEZ LES SUJETS ATTEINTS DE GRANDE HYSTÉRIE OU GRAND HYPNOTISME

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES. — APERÇU HISTORIQUE. — DÉFINITION. — MÉTHODE. — DIVISION DU SUJET.

L'hystérie et l'hypnotisme sont proches parents. Je ne pense pas commettre un hors d'œuvre en consacrant, dans ce livre, une place assez étendue aux recherches sur l'hypnotisme spécialement considéré chez les grandes hystériques. Si d'une part, l'état hypnotique acquiert chez ces malades des développements et une régularité qui en rendent l'étude plus facile, d'autre part les notions fournies par l'hypnotisme sont destinées à préciser bien des points encore indécis de la symptomatologie de l'hystérie elle-même. Des deux côtés, en effet, nous trouvons des manifestations tellement semblables que la raison étiologique seule permet de les différencier; spontanées ici, là provoquées. Il nous suffira de citer l'histoire des paralysies et des contractures. Pour ce qui est des symptômes psychiques, combien d'hystériques, malgré les apparences de l'état de veille se comportent comme s'ils étaient sous le coup des conditions mentales artificiellement provoquées par les procédés hypnogènes ! Combien d'hystériques ne sont que des somnambules éveillés !

La question de l'hypnotisme touche de près aux faits rangés dans le cadre du magnétisme animal. Convient-il d'établir, entre l'hypnotisme d'une part et le magnétisme de l'autre, une séparation nettement tran-

chée? Nous ne le pensons pas, du moins quant à présent, et relativement aux phénomènes sur lesquels ont porté nos recherches.

Presque tous les faits que nous avons étudiés sont revendiqués par les partisans du magnétisme animal, qui en cherchent la raison dans l'action d'un fluide émanant de l'opérateur; Braid le premier a démontré l'existence des mêmes phénomènes en dehors de toute action fluidique, et les a rangés dans une classe à part sous la dénomination d'hypnotisme. C'est dans la voie ouverte par cet habile observateur que nous avons marché et pas un seul des phénomènes dont nous entreprenons l'étude ne suppose l'intervention d'une force inconnue, d'un fluide mystérieux et nouveau [1].

Mais en dehors du terrain conquis par l'hypnotisme, y a-t-il place pour le « magnétisme animal », et les phénomènes extraordinaires qui sont comme ses derniers retranchements, tels que la communication de pensée, la transposition des sens, les actions à distance et au travers des obstacles, la divination, etc., existent-ils réellement et s'ils existent ne peuvent-ils recevoir une autre interprétation? Je me bornerai à faire remarquer que la théorie de la suggestion hypnotique que nous étudierons plus loin suffit à l'explication d'un grand nombre des faits merveilleux rapportés par les magnétiseurs, mais j'ajouterai que c'est là une question que nous ne prétendons pas résoudre d'une façon dé-

1. M. Barety a repris récemment la théorie du fluide magnétique sous une forme nouvelle dans un mémoire intitulé : *Des propriétés physiques d'une force particulière du corps humain (force neurique rayonnante) connue vulgairement sous le nom de magnétisme animal*, lu à la société de biologie de Paris le 30 juillet 1881. M. Dumontpallier a confirmé quelques-unes des expériences de M. Barety, dans plusieurs communications à la Société de biologie (séances du 10 déc. et du 24 déc. 1881).

Cette thèse de l'extérioration du fluide nerveux et de son action à distance sur un autre individu n'est d'ailleurs pas neuve. Elle remonterait à Aristote. Baillif dans sa thèse de 1868 l'a soutenue et appuyée de quelques expériences. C'est également par l'extérioration du fluide nerveux que M. Chevillard dans un livre publié en 1875 et intitulé « *Études expérimentales sur certains phénomènes nerveux* » cherche à expliquer le spiritisme et le magnétisme animal. Mais les exagérations manifestes diminuent beaucoup la valeur scientifique de cet ouvrage. Les expériences de M. Dumontpallier relatives à l'action de l'influx oculaire ou digital ont été contrôlées par deux membres de la Société de biologie, MM. Pouchet et Javal dont le rapport fut défavorable. Le rapporteur trouve l'explicatiou des faits observés dans une sorte de suggestion non voulue (de la part de l'observateur) et inconsciente (de la part du sujet) sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir l'action d'un fluide quelconque émanant de l'observateur.

Nous n'avons rien trouvé dans nos observations qui puisse nous faire supposer l'existence d'une « force neurique rayonnante ». M. Dumontpallier d'ailleurs semble avoir abandonné bientôt cette manière de voir, et s'est manifestement séparé de M. Barety en disant que par action du regard il entendait l'action du rayon lumineux réfléchi par les globes oculaires (*Société de biologie, comptes rendus*, 4 mars 1882). Le docteur Prosper Despine, dans un livre paru en 1880, a tenté de donner une explication scientifique des phénomènes les plus controversés du magnétisme animal, tels que la transposition des sens et la communication de pensée. La première partie de ce livre qui traite de la cérébration inconsciente et du somnambulisme naturel a été récompensée par la Société médico-psychologique de Paris (prix Aubanel, concours de 1879).

finitive, n'en ayant point fait jusqu'ici, par raison de méthode, l'objet de nos recherches.

Les partisans et les adversaires du magnétisme animal comptent dans leurs rangs des noms également recommandables[1]. Et si je me rallie à l'opinion de ceux qui pensent qu'il est de la dignité de la science de se tenir en garde contre la supercherie et la crédulité, je crois aussi qu'il est aussi de son devoir de ne pas rejeter les faits par cela seul qu'ils paraissent extraordinaires et qu'elle même demeure impuissante à en fournir l'explication[2].

La littérature magnétique, à un petit nombre d'exceptions près, ne justifie que trop le discrédit qui s'est attaché au magnétisme animal et dont les travaux de Braid n'ont pas toujours réussi à préserver l'hypnotisme. Mais aujourd'hui, grâce surtout aux travaux récents, la lumière s'est faite; justice a été rendue au médecin de Manchester et l'étude de l'hypnotisme est définitivement entrée dans la science. Il n'est plus permis d'y opposer une simple fin de non recevoir. Le médecin névrologue en particulier ne doit plus y rester étranger. Il est certain de trouver dans ces études nouvelles un procédé précieux de recherches et une mine féconde d'observations. Le physiologiste et le psychologue n'y sont pas moins intéressés.

1. Voyez l'*Histoire académique du magnétisme animal* par Burdin jeune et Dubois d'Amiens, Paris 1841. Voyez aussi la discussion sur les névroses extraordinaires dans les *Annales* de la Société médico-psychologiqne, 1857 et 1858.

2. Cerise s'exprime ainsi au sujet de l'étude du magnétisme animal.

« Il ne s'agit que de discerner ce qui peut être vrai de ce qui est faux. Je ne crois pas qu'il soit bon pour la science de nier ou de dissimuler les faits vrais; par cela seul que, en les adoptant, on accrédite l'erreur qu'ils ont peut-être aidée à vivre. Je laisse ce procédé à l'esprit de secte et de parti, qui n'est pas l'esprit de science. S'il m'arrivait d'apercevoir un fait important, je l'observerais, je l'étudierais, j'en contrôlerais l'exactitude, et s'il me paraissait réel, il aurait beau donner de l'autorité à des impostures ou à des erreurs, je ne le repousserais ni ne le dissimulerais pas pour cela; convaincu que cette autorité ne peut qu'être apparente, que les esprits vulgaires et superficiels seuls se laissent aller à de pareilles méprises, je n'hésiterais pas à le faire connaître aux hommes compétents et sérieux qu'il pourrait intéresser. Il en résulterait très probablement un bien au lieu d'un mal, car le fait important, une fois mis en évidence, serait enlevé à la doctrine mensongère à laquelle il donnait crédit et appui pour être amené à sa véritable place.

» Il ne faut jamais oublier que la science vraie doit s'emparer de toutes les choses réelles dont se pare la science fausse; que pour le vrai savant, c'est faire acte d'habileté que d'être sincère et impartial. Quel mal y a-t-il à ce que la science fausse soit dépouillée de quelques parcelles de vérité au profit de la science vraie, et qu'il ne lui reste que le mensonge et l'erreur.

» Telle est ma manière de voir sur les névroses extraordinaires, dans leurs rapports avec ce qu'on appelle le magnétisme animal. Il y a des faits pathologiques, à mes yeux réels, et sur lesquels les magnétiseurs appuient leurs assertions. Je dégage ces faits à mesure qu'ils se produisent à mon observation, je les détache de la doctrine qui les dénature et de la pratique qui les exploite, pour leur faire occuper, dans la névropathologie, la place qui leur appartient. J'enlève ainsi au charlatan ce qui est du domaine du médecin, et à la fantaisie ce qui est du domaine de la science. » (*Annales de la Société médico-psychologique*, 1858.)

Dans un exposé historique et critique publié ailleurs[1] et que je ne saurais reproduire ici, j'ai essayé de dégager de cette histoire pleine de vicissitudes quelques-uns des enseignements qu'elle renferme, et d'en déduire les règles qui doivent désormais guider ceux qui se livrent à ce genre de recherches. J'exposerai plus loin la méthode que nous avons suivie.

Je me contenterai d'indiquer ici quelques noms parmi ceux qui ont le plus contribué, dans ces derniers temps surtout, à donner à l'hypnotisme, par une étude vraiment scientifique, des bases solides et désormais inébranlables.

L'œuvre de Braid (1840) n'est pas tout entière à l'abri de la critique. Il suffit de citer les expériences qu'il désigne sous le nom de phréno-hypnotisme pour montrer qu'il n'a pas su toujours se garder d'un certain entraînement. Mais même dans les parties les plus discutables, on rencontre beaucoup de faits bien observés qui trouvent aujourd'hui leur contrôle dans des expériences récentes. Nous avons en résumé peu ajouté dans la découverte des faits à ce qu'avait déjà observé Braid il y a plus de quarante ans. Notre intervention a été surtout une œuvre d'examen, de contrôle et de classement.

Les travaux de Braid[2] n'eurent pas, dès les premiers temps, l'accueil qu'ils méritaient. Malgré l'appui que les idées du médecin de Manchester trouvèrent dans le cours du célèbre physiologiste Carpenter sur le somnambulisme, en 1853, elles eurent peu de retentissement au delà du détroit. L'hypnotisme était presque inconnu en France lorsque le Dr Azam (de Bordeaux)[3] reprit les expériences de Braid vers 1860. A

1. *Magnétisme animal et hypnotisme*, in *Nouvelle Revue*.

Consulter pour l'histoire du magnétisme animal, Louis Figuier, *Histoire du merveilleux*, Paris 1870; — Bersot, *Mesmer et le magnétisme animal*, Paris, 1879; — Dechambre. Art. MESMÉRISME, in *Dict. encyclopédiques des sciences méd.*

2. Le premier et aussi le principal ouvrage de Braid parut à Londres en 1843. Il avait pour titre : *Neurypnology; or the rationale of nervous sleep, considered in relation with animal magnetism. Illustrated by numerous case of its successful application in the relief and cure of disease*, by James Braid, *M. R. C. S. E. etc.*, London, John Churchill.

Ce livre vient d'être traduit en français par le docteur Jules Simon sous ce titre : *Neurypnologie. Traité du sommeil nerveux ou hypnoptisme*, Paris, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 1883.

Les autres ouvrages de Braid sont les suivants par ordre de dates :

1846, *The Power of the mind over the body; an experimental inquiry into the nature and cause of the phenomena attributed by baron Reichenbach and others to a « new imponderable »*.

1850. *Observations on Trance : or human hybernation.*

1852. *Magie, Witchcraft, animal magnetism, hypnotism, and electro-biology.*

1855. *The physiology of fascination, and the critics criticised.*

1855. *Observations on the nature and treatement of certain forms of paralysis.*

3. *Note svr le sommeil nerveux ou hypnotisme*, par le docteur Azam, in *Archives générales de médecine*, janv. 1860.

la même époque parurent les observations de Broca et Follin, Velpeau, etc..., sur l'anesthésie hypnotique, l'ouvrage de Demarquay et Giraud Teulon [1], et celui de Gigot-Suard [2].

Un peu plus tard Lasègue (1865) [3] et Mesnet (1865) [4] firent paraître de remarquables articles. Liébault (de Nancy) [5] dans un livre intitulé *du sommeil et des états analogues* s'occupa surtout de la suggestion hypnotique, dont il fit la base de sa thérapeutique. Malheureusement les faits qu'il rapporte ne reposent pas sur des bases assez solides pour être admis sans discussion. Il a été l'initiateur de deux auteurs qui ont repris, dans ces derniers temps, la doctrine de la « suggestion », MM. Bernheim et Liégeois.

Azam [6] et Mesmet [7] publièrent vers 1874 de nouvelles observations. Il nous faut citer en 1875 un article de M. Ch. Richet qui met en lumière plusieurs points importants [8]. Ce premier travail a été complété depuis par plusieurs mémoires plus considérables du même auteur [9].

En 1878 les travaux de M. le professeur Charcot et de ses élèves marquent une phase nouvelle. Les recherches de la Salpêtrière, offrent ceci de particulier qu'elles ont toujours, sous la direction de l'éminent professeur, abordé la question par son côté clinique et nosographique trop négligé jusqu'alors, et qu'elles ont exclusivement porté sur des sujets atteints de grande hystérie [10].

Les expériences de M. Dumontpallier à la Pitié ont suivi celles de la

1. *Recherches sur l'hypnotisme ou sommeil nerveux* par Demarquay et Giraud-Teulon Paris 1860.

2. *Les mystères du magnétisme animal et de la magie dévoilés ou la vérité démontrée par l'hypnotisme*, par Gigot-Suard, Paris, 1860.

3. Lasègue, *De la catalepsie partielle et passagère, Archives générales de médecine*, 1865.

4. Mesnet, *Étude du somnambulisme au point de vue pathologique, Arch. gén. de méd.*, 1866.

5. Liébault, *Du sommeil et des états analogues considérés au point de vue de l'action du moral sur le physique*, 1866.

6. *Amnésie périodique ou dédoublement de la personnalité, Annales médico-psycologiques*, juillet 1876.

7. *De l'automatisme, de la mémoire et du souvenir dans le somnambulisme pathologique*, Paris, 1874.

8. *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, 1875, t. XI, p. 471.

9. *L'homme et l'intelligence*, 1884, par Charles Richet, renferme un chapitre sur le somnambulisme provoqué qui résume tout ce que l'auteur a écrit sur ce sujet dans diverses publications. Le livre est suivi de notes qui renferment quelques faits nouveaux intéressants.

10. Par l'esprit qui les a inspirées et la méthode avec laquelle elles ont été conduites, les recherches de la Salpêtrière ont exercé une grande influence sur le mouvement scientifique actuel. Par l'étude d'abord exclusive des phénomènes somatiques au point de vue clinique et nosographique, elles ont préparé un terrain solide, un point d'appui qui manquait jusque-là aux recherches plus délicates des phénomènes psychiques, désignés sous le nom de suggestion, et dont se sont emparés depuis de nombreux observateurs.

Les recherches sur l'hypnotisme commencèrent dans le courant de l'année 1878 dans le service de M. Charcot alors que nous avions l'honneur d'être son interne.

Vers la fin de cette même année, M. Charcot en fit le sujet de plusieurs conférences cliniques, à l'hospice de la Salpêtrière, dont le compte-rendu parut à cette époque dans

Salpêtrière et ont eu également pour sujets des malades hystériques [1].

En Italie Tamburini et Seppilli [2], ont pu confirmer, au moins dans ses traits principaux, la description de l'hypnotisme hystérique donnée à la Salpêtrière.

La question a été envisagée à un point de vue plus général par M. Chambard [3]. Je citerai également les deux livres fort instructifs de M. le Dr Ladame [4] et de M. E. Yung [5].

plusieurs journaux : *Progrès médical*, n° 51, 1878 ; *Gazette des hôpitaux*, nos des 21 nov. 28 nov. et 5 décembre 1878 ; *Gazette médicale de Paris*, nos 46, 47 et 48, 1878. — L'année suivante les mêmes faits d'hypnotisme tiennent une place importante dans notre thèse inaugurale (*Étude descriptive de la grande attaque hystérique et de ses principales variétés*, 1879), ainsi que dans la première édition du présent ouvrage qui parut en 1881.

En 1882, M. Charcot dans une communication à l'Académie des sciences, résume et pose les bases d'une distinction nosographique des divers états nerveux compris sous le nom d'hypnotisme (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, séance du 13 févr. 1882.).

Le phénomène si important de l'hyperexcitabilité névro-musculaire a été l'objet d'un long mémoire publié par nous en commun avec M. Charcot dans les *Archives de neurologie*, (nos 5, 6, 7, 8, 9 et 15, 1881-1883).

Nous avons fait paraître également en commun avec M. Charcot dans un journal américain (*Journal of nervous and mental Diseases*, n° 1, january 1883) une note sur la suggestion par l'intermédiaire du sens musculaire dans l'état cataleptique de l'hypnotisme hystérique, et que l'on trouvera exposée plus loin dans tous ses détails. Enfin je signalerai quelques communications à la Société de biologie (en 1883 et 1884), relatives à diverses particularités du sommeil hypnotique.

Le Dr Regnard, qui contribua aux premières recherches de 1878, dans le service de M. Charcot, a fait paraître plusieurs travaux sur ce sujet : *Revue scientifique*, n° 13, 1881. *Sommeil et Somnambulisme*, conférence faite à la Sorbonne, et en collaboration avec le Dr Bourneville, le 3e volume de l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière* (1879-1880), consacré pour la plus grande partie à l'étude de l'hypnotisme et dont quelques extraits ont paru dans le *Progrès médical*, nos 14 et 15, 1881, et dans le journal *La Nature*, 1881.

M. le Dr Féré a publié également sur les hallucinations et les suggestions hypnotiques d'intéressants articles :

Mouvements de la pupille et propriétés du prisme dans les hallucinations provoquées des hystériques, in *Progrès médical*, 1881, p. 1041, et *Société de Biologie*, 29 oct. 1881.

Les hystériques hypnotiques comme sujets d'expérience en médecine mentale, in *Archives de Neurologie*, 1883.

Enfin il convient de rattacher aux travaux de l'école de la Salpêtrière le récent mémoire de M. A. Binet sur l'*Hallucination* (*Revue philosophique*, 1er avril et 1er mai 1884).

1. Tout en acceptant la division nosographique établie par les observateurs de la Salpêtrière, le médecin de la Pitié a suivi une marche un peu différente. Les résultats qu'il a obtenus ne concordent pas toujours avec les nôtres. Nous y reviendrons à l'occasion, dans le courant de ce travail.

Les recherches de M. Dumontpallier se trouvent réparties dans différents recueils : *Gazette des hôpitaux*, 6 juin, 26 décembre 1882. — *Union médicale*, 15 et 19 mai 1883. — *Société de Biologie*, 1881, 1882, 1883, 1884, *passim*. — *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 9 janvier 1882.

2. Tamburini et Seppilli, *Contribuzione allo studio sperimentale dell'ipnotismo*, in *Rivista sperimentale di Freniatria e di medicina legale*, 1ra communicazione, 1881, t. III ; 2a communicazione, 1882, t. III et IV.

On trouve un résumé de ces deux travaux dans les *Archives italiennes de biologie*, t. II, fasc. 3, p. 373.

3. *Du somnambulisme en général*, Thèse du Dr Chambard.

Actions hypnogéniques. Hyperexitabilité musculaire hynotique. Hypnose. Hémicérébrale, par le Dr E. Chambard, voir *Encéphale*, n° 1 et n° 2, 1881.

4. *La névrose hypnotique ou le magnétisme dévoilé*, par le Dr Ladame, 1881.

5. *Le sommeil normal et le sommeil pathologique*, par Émile Yung, 1883.

L'étude de la suggestion dans l'état d'hypnotisme ou à l'état de veille a tout particulièrement attiré l'attention de MM. Brémond [1], Bernheim [2], Pitres [3] et Liégeois [4].

Au point de vue psychiatrique l'hypnotisme a été étudié par M. H. Tuke [5] en Angleterre et par Rieger [6] en Allemagne. En France M. Féré dans une communication à la Société médico-psychologique et M. Liégeois dans un mémoire lu à l'Académie des sciences morales et politiques, ont signalé le haut intérêt que pouvaient acquérir ces études sur l'hypnotisme envisagé dans ses rapports avec la médecine légale.

En Allemagne un physiologiste éminent R. Heidenhain [7] reprenait en 1880 l'étude de l'hypnotisme sans connaître les travaux qui avaient eu lieu antérieurement en France et en Angleterre et arrivait de son côté à des résultats analogues. Le mémoire du professeur de Breslau qui recherche particulièrement le côté physiologique, fut le signal de nombreuses publications d'outre Rhin parmi lesquelles je citerai celles de Grutzner [8], de Berger [9], de Baümler [10], de Reiger, de Preyer [11], etc.

Il faut citer également les travaux de Weinhold à Chemnitz qui datent de la même époque.

1. *Société de Biologie*, 26 avril 1884. — *Conférence au cercle Saint-Simon*, in *Bulletin du cercle*, 2e année, n° 1.

2. *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille*, Paris, 1884.

3. *Des suggestions hypnotiques* par le Dr A. Pitres, Bordeaux, 1884.

4. Jules Liégeois, *De la suggestion hypnotique dans ses rapports avec le droit civil et le droit criminel*. Mémoire lu à l'Académie des sciences morales et politiques (séances des 5, 19, 26 avril, 3 et 30 mai 1884).

5. *On the Mental Condition in Hypnotism*, by Dr Hack Tuke, tiré de *The Journal of mental Science*, avril 1883. Ce très intéressant travail a été traduit en français par le Dr V. Parant, dans les *Annales médico-psychologiques*, sept. et nov. 1883.

Du même auteur : *Hypnosis redivivus*, in *Journal of Mental Science*, january 1881. — *Sleep-Walking and Hypnotism*, London, 1884.

6. *Der Hypnotismus. Psychiatrische Beiträge zur Kenntniss der sogenannten hypnotischen Zustände*, von Dr Conrad Rieger, Iena, 1884.

7. Heidenhain R., *Der sogen. Thiermagnetismus, physiol. Beobachtungen*, Leipsig, 1880.

Heidenhain R., u. P. Grützner, *Halbseitiger Hypnotismus, hypnotische Aphasie, Farbenblindheit u. Mangel des Temperatursinnes bei Hypnotischen*, in *Bresl. ärztl. Zeitschr.*, II, 4, 1880.

8. Grützner, P., *Ueber d. neueren Erfahrungen aus dem Gebiete des sogenannten thierischen Magnetismus*, *Centr.-Bl. f. Nervenhkde, u. s. w.*, n° 10, 1880.

9. Berger, O., *Hypnotische Zustände u. ihre Genese*, in *Bresl. ärztl. Zeitschr.*, II, 10, 11, 12, 1880.

Experimentelle Katalepsie (*Hypnotismus*), in *Deutsche med. Wochenschr.*, VI, 10, 1880.

Das Verhalten der Sinnesorgane im Hypnotischen Zustand, in. *Bresl. ärztl. Zeitschr.*, III, 7, 1881.

10. Bäumler, Ch., *Der sogen. animalische Magnetismus oder Hypnotismus*, Leipsig, 1881, F. C. W. Vogel, 8.

11. Preyer, W., *Die Entdeckung des Hypnotismus*, Berlin, 1881, Peatel 8, S. 96.

On trouvera dans les comptes-rendus de P. Börner et de J.-P. Mobius, un exposé détaillé de la question et l'indication complète des travaux allemands.

Börner, B., *Thierischer Magnetismus u. Hypnotismus*. Separat Abdruck aus der *Deutschen medicinischen Wochenschrift*, n° 8, 1880.

Möbius, P.-J., *Ueber den Hypnotismus*, in *Schmidt's Jahrbücher*, Band CXC, n° 1, 1881.

C'est aussi en Allemagne que, dès 1873, l'hypnotisme était étudié chez les animaux par Czermak[1], et plus tard par Heubel[2] et par Preyer[3].

Je conserve, pour distinguer les phénomènes dont il s'agit ici, la dénomination d'hypnotisme due à Braid et consacrée par l'usage, sans méconnaître ce qu'elle peut avoir d'impropre lorsqu'elle s'applique à des faits qui n'ont par exemple aucune analogie ni aucun rapport avec le sommeil. D'ailleurs les autres dénominations proposées : somniation provoquée, somnambulisme provoqué, névrose hypnotique, etc..., présentent le même inconvénient.

Le mot du reste importe peu, pourvu que l'on s'entende sur la chose qu'il désigne. Or en modifiant légèrement la définition de Braid, nous pouvons définir l'hypnotisme *l'ensemble des états particuliers du système nerveux déterminés par des manœuvres artificielles.*

Les phénomènes hypnotiques doivent subir quelques variations suivant le tempérament et les dispositions nerveuses spéciales des sujets auxquels on s'adresse. Du moment qu'il est parfaitement prouvé aujourd'hui que l'influence personnelle de l'expérimentateur sur les sujets est complètement nulle et que tous les effets que ces derniers éprouvent viennent d'eux seuls et de leur propre organisation, on comprend toute l'importance qu'acquièrent les conditions physiologiques ou pathologiques dans lesquelles ils se trouvent. Il conviendrait donc de baser sur la connaissance de ces conditions spéciales une première subdivision de l'hypnotisme.

Nos études ayant exclusivement porté, pour des raisons que j'exposerai plus longuement tout à l'heure, sur des sujets notoirement atteints d'hystérie, nous les rangeons dans un cadre à part sous la dénomination d'*hypnotisme hystérique.*

La méthode que nous avons toujours suivie dans l'étude de l'hypnotisme peut être résumée dans les propositions suivantes :

1° *Choisir comme matière de l'expérimentation des sujets dont les conditions physiologiques et pathologiques parfaitement connues et facilement appréciables soient les mêmes.* Nos recherches n'ont porté que sur des sujets atteints d'hystérie grave (hysteria major).

Nous nous sommes trouvé ainsi en présence d'une forme d'hypno-

1. Czermak, J., *Beobachtungen u. Versuche über hypnotische Zustände bei Thieren. Arch. f. Physiol.*, VII, p. 107, 1873.

2. Heubel, E., *Abhängigkeit des schwachen Gehirnzustandes von äussern Erregungen. Ein Beitrag zur Physiologie des Schlafes u. zur Würdigung des Kircher'schen Experimentum mirabile*, in *Arch. f. Physiol.*, XIV, p. 158, 1877.

3. Preyer, W., *Ueber die Wirkung der Angst bei Thieren*, in *Med. Centralbl.*, XI, p. 177, 1873.

tisme, nettement caractérisée, toujours semblable à elle-même chez les différents malades soumis aux expériences, et dont l'étude ainsi rendue plus facile nous a conduit aux résultats que j'exposerai dans un instant. Il est vrai que nous n'avons étudié ainsi qu'une des formes de l'hypnotisme, à savoir *l'hypnotisme des grandes hystériques*, mais à notre avis, c'est là un morceau capital. Ce n'est pas d'aujourd'hui que tous les observateurs ont reconnu que les hystériques offraient pour le développement des phénomènes hypnotiques une prédisposition des plus remarquables[1].

Les cas que nous avons ainsi rencontrés et étudiés peuvent être considérés, comme des *types complets et réguliers* dont les autres formes d'hypnotisme ne sont que des degrés atténués ou imparfaits. L'étude de ces dernières formes sera singulièrement facilitée si elle est entreprise à la lumière des connaissances que l'hypnotisme des hystériques aura fournie. A ce titre, cette forme d'hypnotisme mérite le nom de *grand hypnotisme*.

2° *Soumettre les diverses conditions expérimentales à un déterminisme rigoureux.* — Il ne faut pas oublier que l'étude de l'hypnotisme ne relève pas uniquement de l'observation. Il ne s'agit plus seulement d'être le spectateur attentif et clairvoyant de modifications survenues spontanément dans l'organisme par le fait d'un processus qui échappe à notre action. Ici les changements qui surviennent dans le système nerveux du sujet hypnotisé et qui forment la matière de notre observation, sont provoqués artificiellement par des procédés dont nous usons à notre gré. L'hypnotisme est une névrose, mais une névrose expérimentale. Les phénomènes qui le caractérisent n'évoluent point spontanément.

1. Il est rationnel d'admettre que les phénomènes d'hypnotisme qui dépendent toujours d'un trouble du fonctionnement régulier de l'organisme, demandent pour leur développement une prédisposition spéciale que, d'un accord unanime, les auteurs placent dans la diathèse hystérique. En s'adressant aux hystériques les plus hystériques, on devra donc obtenir les phénomènes d'hypnotisme les plus marqués. Et de même que l'hystérie se rencontre à un degré moindre chez un grand nombre de femmes et chez quelques hommes, de même l'hypnotisme pourra se retrouver chez les sujets dont il est question, mais imparfait, et plus ou moins atténué. En fait d'hypnotisme comme en fait d'hystérie, nous pensons que rien n'est livré au hasard, et qu'il est possible, sous des dehors variés, de retrouver l'unité d'une loi. Dans des études de ce genre, il est de première importance pour l'observateur de déterminer avec soin les conditions de son expérimentation. On ne saurait marcher au hasard, et l'étude préliminaire des dispositions morbides ou physiologiques du sujet sur lequel porte l'observation, malgré son importance capitale, a peut-être été trop négligée jusqu'ici. Il est tout naturel que deux observateurs qui se placent sur deux terrains différents, tout en essayant de répéter les mêmes expériences, n'obtiennent pas les mêmes résultats. Je tiens donc à bien indiquer que nos recherches ont porté sur des *malade atteintes de grande hystérie*, et sur celles dont j'ai tout au long rapporté précédemment l'histoire. Et il n'est pas douteux que quiconque s'adressera comme nous à la grande hystérilc n'arrive aux mêmes résultats.

Il faut les faire naître, et ce n'est pas là certainement un des moindres écueils de ces études difficiles.

Il ne s'agit pas en effet de mettre en œuvre les procédés les plus étranges et les plus variés, préoccupé seulement d'atteindre un résultat plus ou moins extraordinaire.

Il faut recourir d'abord exclusivement aux procédés analytiques, c'est-à-dire à ceux dont l'action ne s'adressant qu'à une seule des formes de l'activité nerveuse puisse être plus facilement définie. Enfin les diverses conditions expérimentales ne manqueront pas d'être soumises à un déterminisme rigoureux.

Il faut aussi distinguer entre les actions générales et les actions locales. L'hypnose une fois produite on doit faire la part des symptômes qui se développent spontanément — de par le seul fait de l'hypnose, — de ceux que l'on peut provoquer à l'aide de manœuvres spéciales (suggestion, applications aimantées ou métalliques, etc.), sans modifier l'état général primitivement obtenu.

Cette distinction est capitale, et permet de prévenir l'objection de ceux qui seraient tentés de croire que tous les phénomènes hypnotiques ressortissent de la « suggestion » et qu'en conséquence il ne saurait y avoir aucune règle fixe, aucune loi, là où tout peut être obtenu et modifié au gré de l'expérimentation. Certes les phénomènes suggestifs occupent une place importante parmi les manifestations de l'hypnotisme, mais ils ne doivent pas faire oublier ceux qui surviennent soit spontanément soit sous l'influence de causes toutes physiques. Ce sont sur ces derniers que notre attention s'est concentrée dès le début de nos recherches, ce sont eux que nous avons cherché à mettre tout d'abord en lumière dans nos premières publications. C'est sur eux que se trouve basée la distinction des divers états nerveux.

Quant aux phénomènes suggestifs eux-mêmes nous ferons remarquer qu'ils sont loin d'échapper à toute loi. Ils ne se produisent en effet que dans certaines conditions déterminées, à certains moments seulement de la névrose hypnotique et c'est là encore un des éléments de notre classification. Enfin ils s'accompagnent souvent de phénomènes non suggérés dont la constatation leur sert de contrôle, et dont l'étude n'est pas moins importante.

3° *Procéder du simple au composé, du connu à l'inconnu.* — Pour ce qui touche à des questions si discutées et par plus d'un côté si loin des données actuelles de la science, il faut plus que de la bonne foi, de la sincérité et de l'impartialité; il faut une rigueur de méthode absolue. Loin de nous laisser entraîner par l'attrait du merveilleux et de l'inconnu, nous avons tout particulièrement recherché, dans ces questions

difficiles, le côté terre à terre jusqu'ici trop négligé. Au lieu de nous lancer à la poursuite de l'extraordinaire, comme l'ont fait la plupart des observateurs qui se sont occupés de la matière, nous avons cru mieux servir la science en cherchant surtout les signes diagnostiques physiques et facilement appréciables des divers états nerveux produits, en nous renfermant d'abord dans l'étude des faits les plus simples et les plus grossiers, en n'abordant qu'ensuite, et avec beaucoup de circonspection, les faits un peu plus complexes, et, j'ajouterai même, en négligeant complètement, du moins provisoirement, ceux d'une appréciation beaucoup plus difficile, qui, pour le moment, ne se rattachent par aucun lien saisissable aux faits déjà connus.

4° *Se mettre en garde contre la simulation*[1] en recherchant partout et toujours, mais particulièrement dans l'étude des phénomènes d'ordre psychique, le signe physique facile à constater et qui, par sa nature même, devient un critérium certain et une preuve indiscutable de la réalité des faits observés.

Nous croyons l'avoir trouvé dans les faits de grand hypnotisme dont il s'agit ici. C'est là le côté véritablement original des recherches qui, sous la direction de M. Charcot, ent été entreprises à la Salpêtrière. Il me suffira de citer comme exemple l'histoire des paralysies psychiques que l'on trouvera décrite en détail plus loin. Les résultats ainsi obtenus

1. Lorsqu'il s'agit de névroses en général, et d'hystérie en particulier, il est des esprits, même parmi les médecins instruits, qui ne cachent pas le sentiment de répulsion que l'étude de ces questions leur inspire. Le rôle qu'y joue parfois la simulation, prend à leurs yeux une telle importance qu'il leur semble impossible d'y pouvoir échapper jamais. Volontiers ils relègueraient ces questions de pathologie nerveuse au rang des choses impossibles à définir, inaccessibles à l'esprit humain. C'est à ce propos qu'on a dit récemment : comme la philosophie, la médecine a aussi son *incognoscible;* on perd son temps, on use ses forces à y vouloir toucher. A plus forte raison parle-t-on ainsi lorsqu'il s'agit d'hypnotisme.

Il est vrai que, dans l'histoire du magnétisme animal, les exemples de mystification ne sont pas rares. Des gens honnêtes et instruits ont vu leur bonne foi indignement surprise. Sans parler des somnambules qui trouvent dans leurs prétendues facultés un moyen de lucre et de profit, il n'est pas nécessaire de faire intervenir, chez les sujets en expérience, l'amour de la notoriété, le besoin de passer pour une nature exceptionnelle, une nature à prodiges, pas même le malin plaisir d'induire en erreur un honnête savant, un médecin qui a la bonhomie de s'intéresser à ce qui se passe devant lui et le consigne soigneusement sur ses tablettes. Il faut savoir que certains sujets nerveux trompent avec le plus grand désintéressement. L'hystérique, en particulier, qui présente à un si haut degré de développement les phénomènes hypnotiques, trompe sans motif, uniquement pour tromper. C'est un art qu'elle cultive avec prédilection. Et elle pratique l'art pour l'art. Si l'on était bien convaincu de ce côté si vrai du tempérament hystérique, peut-être la lumière se ferait-elle sur un certain nombre de faits obscurs que le penchant naturel de notre esprit de ne point admettre d'effets sans causes, d'actions sans mobiles, ne nous permet pas de considérer sous leur véritable jour.

Mais il est nécessaire de ne pas grossir outre mesure cet écueil que rencontre, dès ses premiers pas, celui qui veut s'occuper de magnétisme animal ou d'hypnotisme. Un homme instruit et sagace, un médecin surtout familiarisé avec l'étude des maladies du système nerveux saura toujours découvrir l'artifice et dégager parmi les faits soumis à son observation ceux qui sont réels, de ceux qui n'ont d'autre source que la fantaisie ou le caprice.

reposent sur des assises inébranlables. Ils peuvent alors servir de point d'appui aux faits incomplets du petit hypnotisme dans lesquels le côté matériel manque le plus souvent.

5° *S'attacher surtout aux cas simples*, c'est-à-dire à ceux dans lesquels les différents phénomènes apparaissent avec le plus de netteté et plus isolés les uns des autres. Ces cas que l'on appelle quelquefois les cas types ne sont pas ceux que l'on rencontre le plus fréquemment. Ce sont au contraire les *casus rariores* de la pratique. Et c'est la grande hystérie qui nous les a fournis.

On pourrait encore les désigner sous la dénomination de cas analytiques parce qu'ils sont pour ainsi dire l'analyse vivante, faite par la nature elle-même, des cas plus complexes où les mêmes phénomènes se présentent comme à un état de synthèse ou de combinaison.

Le tableau que nous avons ainsi tracé avec ces cas analytiques pour modèles n'est certainement pas le plus proche de la réalité, en ce sens qu'il ne répond pas au plus grand nombre de faits observés. Mais c'est à coup sûr le plus simple, le plus clair, le plus frappant; il nous paraît destiné à faciliter l'étude des faits incomplets ou plus complexes qui forment la masse soumise à l'observation de chaque jour. Je rappellerai que cette méthode n'est autre que celle qui a été adoptée par Duchenne de Boulogne, l'éminent praticien à qui revient une si large part dans les progrès accomplis récemment par la neuropathologie. Pour ne parler que de l'ataxie locomotrice progressive, la pratique journalière ne nous apprend-t-elle pas que les cas frustes et incomplets sont les plus fréquents, aujourd'hui que nous avons appris à les reconnaître, grâce au type si magistralement décrit par Duchenne?

6° *Rechercher, suivant la méthode des nosographes à classer les divers phénomènes en séries naturelles*, de façon à établir dans ce grand groupe de faits réunis sous le nom d'hypnotisme, plusieurs subdivisions.

Existe-t-il un signe qui n'appartienne à aucun autre état, soit pathologique, soit physiologique, et qui, une fois bien constaté, puisse devenir la preuve vraiment irréfutable de l'existence de l'hypnotisme? Beaucoup l'ont cru et tout naturellement, lancés à la poursuite de ce critérium infaillible, ils l'ont cherché parmi les faits extraordinaires. Si on nous montre, ont-ils dit, une somnambule qui puisse lire sans le secours des yeux, nous croirons à la réalité du sommeil magnétique; car c'est bien là un signe n'appartenant à aucun autre état nerveux et qui dépasse les bornes possibles de la simulation. En soi, le raisonnement n'est peut-être pas mauvais, mais il est dangereux et ses conséquences ont été funestes. L'histoire nous a montré comment on s'est perdu à la recherche de ce fantôme insaisissable. Dans cette poursuite de l'étrange et du merveil-

leux, les observateurs ont passé à côté des choses vraies sans les voir. De ce que le fait extraordinaire affirmé par les magnétiseurs échappait sans cesse à la constatation régulière et impartiale des hommes de science, on a conclu que tout le reste n'était également qu'illusion et mensonge, et que le sommeil dit magnétique n'existait pas.

Mais sans chercher parmi les faits extraordinaires, ne peut-on pas trouver un signe certain et constant de l'état somnambulique? Ce serait certes là un moyen commode. Mais nous devons dire que cette poursuite est illusoire et que toute tentative dans cette direction restera vaine. Il faut bien se convaincre que, en définitive, l'hypnotisme n'est autre chose d'un trouble artificiellement produit dans le fonctionnement normal du système nerveux, une véritable névrose expérimentale. Il doit être étudié comme tel. Le signe pathognomonique n'existe pas plus là qu'on ne le rencontre dans le reste de la pathologie. Les signes sont diversement caractéristiques, ils ont une importance relative ou différencielle; un seul ne suffit jamais pour définir complètement une maladie.

Les recherches de l'école de la Salpêtrière sur l'hypnotisme ont, si je me trompe, ceci de particulier, qu'elles envisagent la question surtout par son côté clinique. Nous nous sommes particulièrement attaché à l'étude descriptive, et nous avons usé, vis-à-vis de l'hypnotisme, des procédés et de la méthode nosographique dans laquelle la physiologie pathologique vient bien après la description symptomatique : que de maladies nerveuses nous connaissons très bien cliniquement et dont la nature ainsi que la cause nous échappent et nous échapperont sans doute encore longtemps !

L'hypnotisme, tel qu'il s'observe chez les hystériques, représente un groupe contenant plusieurs états nerveux différents les uns des autres, chacun de ces états s'accusant par une symptomatologie qui lui appartient en propre. Ces différents états nerveux, doivent être ramenés, d'après nos observations, à trois types qui sont, dans la nomenclature que M Charcot a proposé d'établir[1] : 1° l'état cataleptique; 2° l'état léthargique; 3° l'état somnambulique.

Chacun de ces états jouit d'une autonomie réelle en ce sens qu'ils peuvent tous, dans de certaines conditions, se présenter séparément, comme ils peuvent aussi, tous les trois, dans le cours d'une même observation, chez le même sujet, être produits successivement, dans tel

1. *Note à l'Académie des Sciences*, 13 févr., 1882.

ou tel ordre, au gré de l'observateur, on pourrait les considérer comme représentant les phases ou périodes d'une seule et même affection.

Nous commencerons cette étude sur l'hypnotisme par l'exposé des procédés en usage pour produire le sommeil nerveux. Nous nous étendrons plus particulièrement sur ceux qui nous ont servi dans nos expériences dont nous rapporterons, à ce sujet, les premières qui datent de 1878.

Puis dans autant de chapitres distincts nous étudierons les modifications rapportées par l'hypnotisme aux diverses fonctions; motilité, sensibilité générale et spéciale (hallucinations, suggestions), circulation et respiration.

Nous essayerons ensuite de réunir dans une étude synthétique tous les phénomènes précédemment décrits, et de donner le tableau symptomatique de chacun des états nerveux spéciaux dont l'ensemble constitue l'hypnotisme.

CHAPITRE II

DES PROCÉDÉS POUR PRODUIRE L'HYPNOSE

Les procédés employés pour produire l'hypnotisme sont des plus nombreux. Leur nombre et leur variété leur enlèvent tout caractère de spécificité. On peut dire, en thèse générale, que tous les moyens sont bons pourvu qu'ils s'adressent à un organisme prédisposé.

On peut diviser ces procédés en diverses catégories suivant qu'ils impressionne le système nerveux par action psychique ou par action portant sur les différents sens. Certaines manières d'hypnotisation, parmi lesquelles rentrent les procédés empiriques des magnétiseurs sont plus complexes et impressionnent le sujet par plusieurs voies à la fois.

Pour nous qui considérons ici la question surtout par son côté clinique nous chercherons à étudier les procédés hypnogènes, suivant la réaction qu'ils déterminent et les caractères particuliers de l'état nerveux spécial qu'ils engendrent.

Nous avons constaté, d'une façon générale, que les actions qui produisent un ébranlement violent du système nerveux et qui donnent naissance à un sommeil dont le début brusque s'accompagne de signes hystériques marqués tels que des secousses des membres, des mouvements de déglutition, un peu d'écume aux lèvres, un bruit pharyngien, etc... donne lieu à l'état nerveux désigné du nom *d'état léthargique;* tandis que celles qui impressionnent doucement le système nerveux et ne donnent lieu à aucun des signes hystéroïdes que je viens d'indiquer, produisent un sommeil dont l'invasion se fait progressivement et sans secousses et dont les caractères, différents de ceux de la léthargie, rentrent dans l'état nerveux spécial décrit sous le nom d'*état*

somnambulique[1]. Cette distinction vraie dans la généralité, peut cependant souffrir quelques exceptions. Nous passerons successivement en revue les différents procédés que nous avons employés pour produire l'hypnose.

La plupart de nos premières expériences ont été faites, dans le but de faciliter l'observation et d'écarter tout soupçon de mystère, à l'aide d'agents physiques puissants tels que la lumière d'un foyer électrique, ou bien les vibrations d'un grand diapason ou encore le son d'un tam-tam. Nous avons ainsi obtenu directement les états de léthargie et de catalepsie hystériques provoqués que nous étudierons plus loin.

ARTICLE PREMIER

Actions hypnogéniques s'adressant au sens de la vue

INFLUENCE DE LA LUMIÈRE SUR LA PRODUCTION DE LA CATALEPSIE ET DE LA LÉTHARGIE HYSTÉRIQUES

1° — La malade est placée devant un vif foyer lumineux (lampe Bourbouze, lumière de Drummond, lumière électrique) qu'on la prie de fixer du regard. Au bout d'un temps généralement court (quelques secondes à plusieurs minutes) et parfois d'une façon instantanée, survient *l'état cataleptique*. La malade est comme fascinée, immobile, l'œil grand ouvert fixé sur la lumière, la conjonctive injectée et humide. L'anesthésie est complète. Si la malade était hémianesthésique, elle devient *anesthésique* totale. Elle n'est point contracturée, et tous ses membres ont la souplesse de l'état normal ou à peu près (quelquefois ils sont le siège d'une certaine raideur); mais ils ont acquis cette propriété singulière de conserver l'attitude qu'on leur imprime. C'est bien là ce que tous les auteurs ont décrit sous le nom de catalepsie. Et la malade peut garder pendant longtemps des poses qu'elle aurait même peine à prendre quand elle n'est point dans cet état. Toute communication de la malade avec le monde extérieur semble interdite, et elle ne donne aucun signe d'intelligence aux diverses interpellations dont elle est l'objet[2]. Une particularité fort intéressante est l'influence du

1. M. Dumontpallier (*Gazette des Hôpitaux*, 8 avril 1882 et *Compt.-rend. Soc. biologie*, p. 202, 1882) a émis cette loi que tout procédé expérimental qui fait une période de l'hypnotisme peut et doit être mis en usage pour défaire cette même période. Sans contester sa réalité des faits avancés par M. Dumonpallier, nos observations nous obligent à dire que si le fait est vrai dans certaines circonstances, sa généralisation n'en constitue pas moins une erreur.

2. Nous verrons plus loin qu'il est des cas de catalepsie provoquée qui s'accompagnent de la persistance d'un ou de plusieurs sens.

geste sur la physionomie. Les traits reflètent l'expression du geste.

C'est là un exemple de ce que, dans le langage de Braid, on appelle le phénomène de la *suggestion*[1]. Cet état de catalepsie dure aussi longtemps que l'agent qui l'a provoqué, la lumière, continue à impressionner la rétine.

2°. — Si la lumière disparaît subitement, ou si l'on empêche le rayon lumineux de parvenir à l'œil de la malade en interposant un écran, ou simplement en baissant ses paupières supérieures avec la main, la catalepsie fait place à un nouvel état qui en diffère essentiellement et qui paraît répondre à ce que l'on a désigné sous les noms de somnambulisme, somniation provoquée, sommeil nerveux, sommeil magnétique, etc... Le mot sommeil est peut-être assez improprement employé ici, car nous verrons que cet état spécial diffère par bien des caractères du véritable sommeil. M. Charcot préfère le désigner, sous le nom de *léthargie.*

La léthargie hystérique, dans ce cas particulier, débute brusquement avec la cessation de l'impression lumineuse : si elle était debout, la malade tombe à la renverse, la tête rejetée en arrière, le cou saillant.

Les yeux se ferment, et une inspiration sifflante se fait entendre, accompagnée de quelques mouvements bruyants de déglutition. Ces derniers signes de la chute en arrière rappellent, jusqu'à un certain point, les débuts de l'attaque hystéro-épileptique; mais la ressemblance s'arrête là, car les membres et tout le corps, loin de présenter la tétanisation de la période épileptoïde, sont le plus souvent dans la résolution la plus complète.

Un phénomène musculaire fort remarquable, que M. Charcot désigne sous le nom d'*hyperexcitabilité neuro-musculaire*, se développe immédiatement : il suffit d'exciter mécaniquement un muscle au travers de la peau, soit en pressant, soit en frottant, même légèrement, pour provoquer sa contraction, à la façon de ce qui a lieu quand on pratique l'électrisation localisée. La contraction du muscle, sur les membres, persiste après l'excitation, et se transforme facilement en contracture permanente ; l'excitation d'un nerf provoque la contraction ou la contracture des muscles qu'il innerve. Ainsi, il suffit d'une légère pression faite en avant du lobule de l'oreille, au point où émerge le facial, pour amener la contraction des muscles du même côté de la face ; chaque muscle de la face, touché isolément, se contracte isolément ; une légère friction sur le sterno-mastoïdien fait tourner la tête suivant l'action connue de ce muscle, c'est-à-dire que la face est dirigée du côté opposé

1. Nous étudierons plus loin tous ces faits en détail (Voy. p. 668).

au muscle excité. L'excitation de l'antagonisme, c'est-à-dire du sterno-mastoïdien de l'autre côté, ramène la tête dans la situation droite et, si l'on insiste, la tourne inversement. Sur un bras l'excitation des fléchisseurs amène la contracture du membre dans la flexion, qui cesse par l'excitation des extenseurs, et inversement. En résumé, tous les muscles sont susceptibles d'entrer ainsi en action sous l'influence d'une simple excitation mécanique. Mais il existe à ce sujet une différence entre les muscles de la face et ceux des membres. A la face, on provoque très facilement la contraction des muscles, mais non la contracture [1].

A ces différents signes se joignent, pour caractériser la léthargie hystérique provoquée, un frémissement constant de la paupière supérieure, la convulsion des globes oculaires dans diverses directions [2], et la persistance de l'anesthésie totale et absolue.

Pour faire sortir la malade de cet état, comme de l'état cataleptique, il suffit de lui souffler sur le visage ou de comprimer les ovaires. Au moment où elle revient à elle, la malade est prise d'un spasme pharyngien qui amène un peu d'écume entre ses lèvres, témoignant ainsi de la connexité qui existe entre ces différents états et l'attaque convulsive vraie. Dans aucun cas nous ne l'avons vue conserver le souvenir de ce qui s'est passé pendant ce sommeil.

Pendant cet état de léthargie hypnotique, l'action des zones hystérogènes, dont j'ai parlé, page 32, persiste avec cette particularité bien curieuse, que toutes les zones hystérogènes autres que le point ovarien déterminent, suivant l'intensité de l'excitation, l'éclosion ou l'arrêt de l'attaque, sans que la malade sorte, pour ainsi dire, de l'état hypnotique. La malade n'a absolument conscience de rien; la pression de la zone hystérogène, qui arrête l'attaque, ne détermine point en même temps le réveil, et laisse la malade dans le même état de sommeil que celui dans lequel elle se trouvait au moment où l'attaque a été provoquée. Le point ovarien fait exception; en même temps que la compression ovarienne arrête l'attaque, elle ramène du coup la connaissance et fait disparaître le sommeil hypnotique.

CATALEPSIE ET LÉTHARGIE HYSTÉRIQUES PRODUITES SOUS L'INFLUENCE DU REGARD

Des effets absolument semblables à ceux que nous venons d'exposer, sont obtenus sans l'intervention d'un foyer lumineux. Il suffit de fixer

1. Ces faits indiqués sommairement ici seront plus loin l'objet d'une étude approfondie.
2. Tantôt en haut et en dedans, tantôt en bas et en dedans, ou directement en bas. Le phénomène est, on le voit, fort variable.

la malade dont le regard est dirigé sur celui de l'expérimentateur[1]. B... dont la sensibilité à ce genre d'expériences est très grande, tombe presque immédiatement dans le carus léthargique, précédé de l'inspiration sifflante habituelle. Chez les malades plus longues à endormir par ce moyen, la léthargie semble précédée d'une sorte d'état cataleptique. Tout ceci s'obtient sans passe aucune, et sans que la personnalité de l'expérimentateur y soit pour quelque chose.

Une fois la malade endormie de cette façon, il suffit de lui ouvrir les yeux pour la rendre cataleptique[2]; et l'on peut répéter à volonté, et nous ajoutons sans grande fatigue pour la malade, toute la série des expériences reproduites plus haut.

Dans cette expérience, la malade paraît être plongée d'emblée dans l'état léthargique, sans passer par l'état cataleptique, comme dans les expériences précédentes. Mais si l'on y regarde de près, on verra que l'ordre de succession est toujours le même, et que la catalepsie passe inaperçue. Chez une malade un peu longue à endormir par ce procédé, on remarque qu'à un certain moment, le regard devient d'une fixité particulière, la conjonctive est injectée, l'œil larmoyant. Si alors l'expérimentateur s'éloigne graduellement, il pourra parvenir à fixer cette phase qui n'est autre que l'état cataleptique; en effet, la malade, abandonnée à elle-même, ne se réveille pas, elle ne tombe pas non plus dans le sommeil. Son œil demeure toujours grand ouvert, elle est immobile, ses membres conservent l'attitude qu'on leur communique; en un mot, elle est cataleptique.

Nous avons observé chez une de nos malades endormie par ce procédé, quelques détails de la léthargie hystérique qui, tout en différant un peu de la description que nous en avons donnée, n'en rentre pas moins, quant à ses traits principaux, dans l'ordre général. Ainsi la résolution des membres n'est pas complète. Pendant le sommeil léthargique avec hyperexcitabilité musculaire, l'aptitude cataleptique existe à un léger degré dans les membres supérieurs, quelquefois dans un seul. *Ils sont le siège d'une certaine raideur*. Mais l'état cataleptique est bien imparfait, car le membre soulevé ne tarde pas à retomber peu à peu et par degrés, suivant la loi de la pesanteur. Il suffit d'ouvrir les yeux à la malade pour la rendre complètement cataleptique et faire cesser l'hyperexcitabilité musculaire. Les deux états, léthargie et catalepsie, n'en sont pas moins nettement caractérisés. Dans le premier persiste, il est vrai, un

1. La fixité du regard de la malade sur un objet quelconque, et surtout lorsqu'il y a convergence supérieure des axes visuels, conduit au même résultat.

2. L'état cataleptique ainsi obtenu présente, en outre des phénomènes déjà décrits, un certain nombre de phénomènes d'ordre psychique dont nous parlerons plus loin.

certain degré de catalepsie, mais la catalepsie est imparfaite et partielle, elle n'occupe pas tous le corps; il y a de l'hyperexcitabilité musculaire. Dans le second la catalepsie est parfaite et générale; il n'y a plus d'hyperexcitabilité musculaire.

Cette observation nous a conduit à rechercher si, chez les autres malades qui ont une résolution plus complète pendant la léthargie, ces phénomènes de catalepsie imparfaite pouvaient être également obtenus. Nous y sommes arrivés facilement chez B...; mais deux conditions deviennent alors indispensables pour faire conserver au membre la position que l'on désire lui voir garder : ou bien il faut que le membre soit brusqué, ou bien il faut le maintenir quelques instants avant de l'abandonner à lui-même.

Nous verrons plus loin qu'il s'agit-là d'une fausse catalepsie que nous avons désignée sous le nom d'état cataleptiforme.

LÉTHARGIE HYSTÉRIQUE PRODUITE SOUS L'INFLUENCE DE LA PRESSION DES GLOBES OCULAIRES

La pression des globes oculaires, suivant le procédé employé déjà par M. Lasègue, provoque, chez la plupart de nos malades, un sommeil qui n'est autre que l'état léthargique. Le soulèvement des paupières amène l'état cataleptique, de la même façon que dans les observations précédentes.

PROCÉDÉ DE BRAID. — FIXATION ET CONVERGENCE DES GLOBES OCULAIRES

Le procédé de Braid est mixte. La part de l'imagination du sujet est nettement indiquée par cet auteur lui-même.

Suivant les sujets et vraisemblablement aussi suivant la part plus ou moins grande qu'y prend l'action psychique concomitante, ce procédé conduit tantôt à la léthargie, tantôt au somnambulisme.

ARTICLE II

Actions hypnogéniques s'adressant au sens de l'ouïe

CATALEPSIE ET LÉTHARGIE HYSTÉRIQUES PRODUITES SOUS L'INFLUENCE DES VIBRATIONS D'UN DIAPASON

La lumière n'est pas le seul agent qui puisse plonger les hystéro-épileptiques dans les états de catalepsie et de léthargie; les mêmes

expériences ont été reproduites sous l'influence des vibrations sonores. Les malades Gl... et B... sont assises sur la boîte de renforcement d'un fort diapason; ce diapason, en métal de cloche, vibre soixante-quatre fois à la seconde. Il est mis en vibration au moyen d'une tige de bois qui en écarte violemment les branches ou d'un archet qui frotte son extrémité ouverte. Au bout de peu d'instants, les malades entrent en catalepsie, les yeux restent ouverts, elles paraissent absorbées, elles n'ont plus conscience de ce qui se passe autour d'elles, et leurs membres conservent les diverses attitudes qu'on leur imprime[1]. Si l'on arrête brusquement les vibrations du diapason, immédiatement se fait entendre le bruit laryngien, les membres tombent dans la résolution, et les malades sont plongées dans la léthargie. — Ici la léthargie possède tous les caractères décrits précédemment. Au milieu de l'état léthargique, de nouvelles vibrations du diapason ramènent la catalepsie.

Il semblerait donc que la suppression de l'agent qui a provoqué la catalepsie soit la condition nécessaire de sa disparition pour faire place à la léthargie. Mais il faut que la transition soit brusque, la lumière, par exemple, éteinte tout d'un coup, ou bien les vibrations du diapason soudainement arrêtées; si on laisse les vibrations s'épuiser d'elles-mêmes, la catalepsie persiste.

L'action de l'agent qui a produit la catalepsie peut donc s'épuiser, disparaître, et la catalepsie n'en persister pas moins. En effet, nous voyons la malade sur laquelle on a répété ces diverses expériences, demeurer pendant quelque temps, un quart d'heure ou une demi-heure — jusqu'à ce que les distractions, une petite promenade au grand air, aient tout fait disparaître — dans un état de prédisposition tout spécial qui fait qu'elle entre en catalepsie tout seule, sans l'intervention appréciable d'aucun agent extérieur, comme par les seules tendances de son organisme ébranlé,

CATALEPSIE ET LÉTHARGIE HYSTÉRIQUES PRODUITES SOUS L'INFLUENCE D'UN BRUIT INTENSE ET INATTENDU

Il était intéressant de rechercher si, dans l'expérience précédente, la catalepsie et la léthargie hystériques étaient survenues sous l'influence

1. Nous avons vu que, lorsque les malades étaient rendues cataleptiques par la lumière, il suffisait de leur fermer les yeux pour les plonger dans l'état léthargique. Dans le cas présent, la même manœuvre ne conduit pas au même résultat. Tant que dure la vibration sonore, on peut fermer les yeux de la malade et la catalepsie n'en persiste pas moins.

d'une impression auditive ou de l'ébranlement communiqué à tout le corps par la propagation des vibrations de la caisse sonore.

L'observation suivante, sans éliminer l'influence de la vibration communiquée au corps, montre que l'impression auditive suffit pour produire la catalepsie.

28 novembre 1878. — Plusieurs hystériques sont réunies dans une même salle, et pendant que d'un côté l'on cherche à détourner leur attention, de l'autre un coup vivement porté sur un gong chinois produit le bruit assourdissant que tout le monde connaît. L'émoi est grand, une seule, B..., tombe subitement en catalepsie; elle est immobilisée dans l'attitude de la frayeur, le corps penché en avant et les deux mains levées à hauteur des oreilles. La catalepsie paraît plus intense qu'habituellement, ses membres se laissent déplacer et conservent la nouvelle attitude qu'on leur communique, mais ils sont le siège d'une certaine raideur.

En lui fermant les yeux, la léthargie ne survient pas. Mais en répétant les coups sur le gong et en arrêtant subitement les vibrations, elle tombe en léthargie; de nouveaux coups de gong la mettent en catalepsie.

On la réveille par la pression ovarienne: elle recouvre ses sens, mais un résultat bien inattendu se produit. — Elle ne reconnaît personne, ne répond en aucune façon aux questions qu'on lui adresse, récite d'une voix monotone, avec des gestes incohérents, une sorte de discours interminable, composé de mots et de membres de phrases sans suite, et n'ayant aucun sens déterminé. En voici un exemple:

« C'est ainsi qu'il a jugé le contraire de se mettre à la portée... C'est ainsi qu'il croit sans cesse, avec les générosités à lui présentes, qu'une personne était seule à remettre les endroits difficiles de la terre... Il était lâche de comprendre cette défiguration personnelle... Le raisonnement était bien humble, bien pensif à tous ses devoirs... C'est certain, c'est sa manière de vivre... Le redoutable coup de tonnerre fait écrouler les maisons. Le reçu de coup fatal de sa poitrine, une partie du monde qui était entré dans Paris... Il s'était fait mourir pour s'atténuer le complément, car la fin du mois est arrivée capable de dissimuler dans les siècles des siècles... C'était le premier juin, il était rentré dans sa maison, il a fait beaucoup de peine, il avait voulu se venger contre les coupables des coupables, il s'était arrangé de manière à défiler les couteaux pour donner des coups de pied... etc. »

Elle est anesthésique totale et n'a plus de zone hystéro-épileptogène.

Elle s'endort plus difficilement par le regard. Le son, la lumière la cataleptisent, alors on peut lui donner une attaque convulsive ou la

plonger dans le sommeil léthargique. Quand elle se réveille, elle sort comme d'un rêve et conserve pendant quelques instants sa raison, l'hémianesthésie et les points hyperesthésiques. Mais bientôt on voit son visage s'assombrir, elle repousse du geste les personnes avec qui elle causait et reprend ses interminables divagations, perdant à la fois



Fig. 98.

la raison et les points hyperesthésiques, et devenant anesthésique totale.

Elle demeure dans cet état mental jusqu'au 3 décembre.

Le 1er et le 2 décembre, elle a des attaques composées d'accès épileptoïdes et de délire avec agitation. Quand on comprime la région ovarienne, elle recouvre la raison avec le calme; mais, les attaques terminées, elle se trouve dans le même état mental qu'auparavant.

Enfin, le 3 décembre, à la visite du matin, B... vient au-devant de nous, nous annonçant qu'elle a perdu les points hyperesthésiques. — Elle a complètement recouvré la raison. On ne peut lui donner une attaque en la pressant entre les deux épaules, comme cela a lieu habituellement chez elle. Mais elle reste hémianesthésique. Pendant le sommeil hystérique provoqué par la fixité du regard, retour des points hyperesthésiques, qui disparaissent quand elle est réveillée.

On comprendra que, devant un semblable résultat, nous ne nous

soyons permis de répéter cette expérience chez nos autres malades qu'avec la plus grande réserve. Cependant, le bruit du gong est loin d'exercer un effet toujours aussi désastreux.

Gl... est très facilement cataleptisée par ce procédé. L'expérience, répétée bien des fois chez elle, n'a jamais eu de conséquences fâcheuses.



Fig. 99.

Elle est subitement immobilisée dans l'attitude où elle se trouve. Par exemple : la séance terminée, au moment où elle sort de la salle, on donne un coup sur le gong, elle est subitement immobilisée, la jambe levée, le corps penché en avant, comme dans l'action de marcher ; seulement ses mains se sont rapprochées des oreilles, comme pour éviter un bruit assourdissant (fig. 98). La physionomie conserve le plus souvent l'expression de l'effroi, les yeux sont ouverts. Si on lui ferme les paupières, survient l'état léthargique et tout le cortège des phénomènes décrits dans la première observation. Un nouveau coup sur le gong la rend cataleptique.

Elle ne conserve au réveil aucun souvenir du bruit qui a causé la catalepsie.

Elle se prête assez volontiers à ces expériences, qui n'ont pas l'air de lui sembler pénibles. Un jour nous la prions de frapper elle-même sur le gong (fig. 99). A peine a-t-elle donné le coup sur l'ins-



CATALEPSIE PROVOQUÉE — INFLUENCE D'UN BRUIT INTENSE ET INATTENDU.

D'après une Photographie de Mr Loreau.

A. Delahaye et E. Lecrosnier.

trument, qu'elle se renverse en arrière, prenant un point d'appui sur le mur près duquel elle se trouve; ses deux bras, tenant encore les deux parties de l'instrument, s'élèvent presque horizontalement et elle demeure ainsi immobilisée. Au bout de quelques instants, on lui ferme l'œil doit, le bras droit retombe et la main laisse échapper le percuteur; on ferme ensuite l'œil gauche, le bras gauche retombe, et la main laisse échapper le gong. La léthargie est complète.

Cette expérience a été répétée depuis, et le plus souvent avec succès, chez les autres malades hystéro-épileptiques du service de M. Charcot. Lorsque la malade est prévenue et qu'elle voit l'instrument qui fait le bruit, elle peut résister et ne pas tomber en catalepsie; elle en est quitte pour un tressaillement et une vive émotion. Par contre, si le bruit est inopiné, la catalepsie est produite très facilement. Il nous est arrivé bien des fois, nous servant du gong dans l'intérieur du laboratoire, de rendre cataleptiques, à notre insu, plusieurs de nos hystériques diversement occupées dans la salle voisine ou même dans la cour. Si alors nous nous rendions près d'elles nous pouvions à volonté les plonger dans l'état léthargique en leur fermant les yeux et reproduire toute la série des phénomènes habituels. A une certaine époque l'une de nos malades Dub..., n'était pas rendue cataleptique sous l'influence du bruit du gong, mais était immédiatement prise de son attaque hystéro-épileptique; ce qui lui arriva même un jour pendant qu'elle était montée sur l'escarpolette et se balançait. Le coup de gong, qui ne s'adressait point à elle, avait été frappé au laboratoire situé non loin de là.

Depuis la première expérience fait sur Bar..., et qui occasionna le singulier accident que nous avons rapporté, cette malade demeure complètement indifférente au bruit du gong. Pendant que ses compagnes sont rendues cataleptiques, elle résiste toujours et n'éprouve tout au plus qu'un léger émoi.

Cette singulière action d'un bruit intense et inattendu sur la catalepsie hystérique donna lieu à plus d'un accident singulier. Un jour de Fête-Dieu plusieurs hystériques qui suivaient la procession sont rendues cataleptiques par la musique militaire qui, chaque année, vient, dans l'intérieur de l'hospice, prêter son concours à cette solennité. Une autre fois l'une d'elles tombe cataleptique en entendant un chien aboyer. Une autre profite d'un jour de sortie pour aller au concert du Châtelet. Trois fois pendant le cours de la séance musicale, elle est rendue cataleptique. La personne qui l'accompagnait en cette circonstance connaissait le moyen bien simple de faire cesser ce genre de catalepsie; elle n'avait qu'à lui souffler sur le visage pour la rendre aussitôt à la vie commune et au concert.

Nous avons réuni un jour un certain nombre de nos hystéro-épileptiques sous le prétexte de faire tirer leur photographie. Au moment où la plaque toute préparée était dans l'appareil, nous avons, à leur insu, frappé un coup de gong qui les a immédiatement rendues cataleptiques. L'épreuve photographique fut faite alors et l'eau-forte de la planche VIII en est une reproduction.

INFLUENCE D'EXCITATIONS AUDITIVES FAIBLES ET PROLONGÉES SUR LA PRODUCTION DU SOMNAMBULISME

C'est Weinhold qui paraît avoir eu le premier l'idée d'hypnotiser les individus en leur faisant entendre le tic-tac d'une montre. Heidenhain a répété cette expérience avec succès.

Nous avons vu que, chez nos sujets hystériques, une impression auditive vive et inopinée déterminait instantanément la catalepsie. Une pression un peu vive sur le conduit auditif externe conduit au même résultat.

Lorsque l'impression auditive est faible, monotone, prolongée, les résultats sont un peu différents. Si la malade conserve les yeux ouverts c'est encore la catalepsie qui survient habituellement, mais si les yeux sont fermés, c'est toujours le somnambulisme qui se produit.

ARTICLE III

Actions hypnogéniques s'adressant à la sensibilité cutanée

INFLUENCE DE LA PRESSION DU VERTEX SUR LA PRODUCTION DU SOMNAMBULISME

En temps ordinaire B... porte sur le sommet de la tête une zone hyperesthésique ; la pression en est fort douloureuse. Lorsqu'on pratique cette pression, on provoque une sorte de vertige épileptoïde, la malade se renverse, se raidit, quelquefois un peu d'écume vient aux lèvres ; puis elle reprend aussitôt connaissance et regarde avec des yeux étonnés. Habituellement, on ne peut, par ce procédé, provoquer les grandes attaques convulsives qui surviennent si facilement à la suite du moindre attouchement exercé sur la région dorsale entre les deux épaules.

B... est endormie par le regard. Elle est dans l'état que nous avons appelé *léthargie*. Si alors on vient à exercer une pression sur le sommet de la tête, on voit survenir une ébauche d'attaque épileptoïde ; la malade se renverse et se raidit, ses membres dans l'extension se tétanisent, la tête s'étend, et l'écume vient aux lèvres ; mais les choses en restent là, et la malade se trouve dans un nouvel état de sommeil avec rigidité souvent générale.

Cette rigidité disparaît facilement par une légère friction sur les membres contracturés. La résolution peut être obtenue complète, et il n'est plus possible alors de provoquer la contracture, en pressant sur les masses musculaires. L'hyperexcitabilité musculaire telle que nous l'avons décrite et observée dans la léthargie hystérique proprement dite, n'existe pas ici. Le massage, la pression laissent le muscle inerte ; mais la contracture musculaire peut être provoquée par d'autres procédés plus délicats.

De plus, si on vient à soulever les paupières de la malade, la catalepsie n'est plus possible, le membre soulevé retombe inerte.

Ce nouvel état nerveux s'accompagne parfois de phénomènes psychiques particuliers (hallucinations provoquées) et d'un état d'hyperesthésie spéciale qui permettent de le rapprocher de ce qu'on a appelé le sommeil magnétique[1].

Pendant ce deuxième état de sommeil, si l'on vient à exercer une pression sur les globes oculaires, la malade pousse un profond soupir, quelquefois un bruit pharyngien se fait entendre, et il y a retour de l'hyperexcitabilité musculaire. La malade est de nouveau dans le premier sommeil, la léthargie avec hyperexcitabilité. De sorte que, chose bien curieuse, on peut, à volonté, chez notre malade, faire apparaître alternativement ou la léthargie avec hyperexcitabilité, ou le somnambulisme suivant qu'on exerce une pression sur les globes oculaires ou sur le sommet de la tête.

Pendant une attaque convulsive nous avons plusieurs fois arrêté subitement les convulsions par la pression sur le sommet de la tête et

1. Lors de la première édition de ce livre nous ajoutions en effet la note suivante : J'attire l'attention sur l'état nerveux spécial dont il est question ici et qui est obtenu avec des moyens absolument exempts de mystère, par ce qu'il offre les plus grandes analogies avec le sommeil qu'obtiennent les magnétiseurs par des manœuvres dont l'action nous échappe. J'ai eu, un jour, la preuve en quelque sorte expérimentale du rapprochement que je fais ici. Un amateur de magnétisme, exercé dans les pratiques destinées à procurer le sommeil magnétique, endormit devant nous plusieurs de nos malades. Il fit des passes, les regarda fixement en leur tenant les mains, appliqua la main au creux de leur estomac, etc. Nos malades au bout de peu d'instants perdirent connaissance et tombèrent en résolution, les yeux fermés; elles dormaient. Contrairement à ce qui se passait dans nos expériences, l'invasion du sommeil avait été progressive, sans la moindre secousse, sans le plus petit signe épileptoïde. On examine alors l'état de la contractilité musculaire, les muscles ne répondent pas à l'excitation mécanique, le phénomène décrit sous le nom d'hyperexcitabilité neuro-musculaire n'existe pas. L'insensibilité aux piqûres est absolue et générale. Les malades répondent aux questions, marchent, écrivent, etc., en un mot accomplissent certains actes de somnambulisme.

Nos malades nous ont paru alors dans le même état que celui que nous pouvions provoquer par la pression du vertex, et ce qui nous confirma encore dans cette opinion c'est que nous pûmes, par la pression oculaire, faire reparaître l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, absolument comme lorsque les malades avaient été endormies par nos procédés. La différence n'existait donc plus que dans les phénomènes du début.

amené la production de cette seconde sorte de léthargie artificielle qui s'est prolongée longtemps et a amené la fin de la crise.

L'examen des muscles par l'électricité faradique est venu confirmer la différence que nous avons signalée dans l'état musculaire, et qui nous a servi à caractériser et à admettre deux sortes de sommeil nerveux.

Dans le *sommeil avec hyperexitabilité musculaire*, l'excitation faradique portée sur un membre produit infailliblement la contracture permanente du muscle; dans le *sommeil sans hyperexcitabilité musculaire*, l'excitation faradique, quelque forte qu'elle soit, n'a jamais pu mettre le muscle en état de contracture permanente et n'a jamais produit qu'une contraction.

Ce qui précède est le récit de la première expérience qui démontre l'influence de la pression du vertex sur la production du somnambulisme. Cette expérience date de 1878 et a été publiée dans notre thèse inaugurale.

Nous l'avons répétée depuis bien des fois et avec succès chez la plupart de nos malades, d'autres observateurs ont également mis en usage ce procédé qui est aujourd'hui classique.

Dès le début, les analogies du nouvel état nerveux ainsi obtenu avec le sommeil dit magnétique ne nous avaient point échappé; mais, par raison de méthode, nous avons tout d'abord négligé d'en approfondir tous les caractères. Dans la suite, après avoir élucidé la question de la léthargie et de la catalepsie provoquées, nous avons pu diriger de ce côté une investigation plus fructueuse. Nous avons ainsi pu justifier ce que nous n'avions fait qu'entrevoir au début, et nous avons pu définir les symptômes tant somatiques que psychiques du nouvel état nerveux que nous avons désigné avec M. Charcot sous le nom *d'état de somnambulisme*.

INFLUENCE DES EXCITATIONS CUTANÉES FAIBLES SUR LA PRODUCTION DU SOMNAMBULISME

Heidenhain parle de l'influence d'une série de petites chiquenaudes pour produire le sommeil hypnotique, et d'après le même auteur les passes magnétiques n'agiraient qu'en vertu d'un mécanisme analogue, en excitant soit par le courant d'air qu'elles déterminent soit par le frôlement direct les terminaisons cutanées des nerfs de sensibilité.

M. Ch. Richet avait déjà cherché à contrôler l'action des passes des magnétiseurs et il était arrivé à cette conclusion que les passes magnétiques,

les excitations faibles de toute nature agissent aussi bien et même mieux que la fixation d'un objet brillant pour déterminer le somnambulisme.

ARTICLE IV

Actions hypnogéniques s'adressant aux facultés mentales du sujet (hypnotisme par suggestion)

Dans certaines circonstances et chez certains sujets l'idée seule du sommeil suffit pour produire l'hypnose. Nous avons pu le constater bien des fois, et tous les cas de sommeil produit à distance, lorsque le sujet est prévenu du moment où l'influence doit avoir lieu, peuvent s'expliquer de cette façon. Un sujet persuadé qu'à tel heure il sera sous une influence magnétique, dormira à l'heure indiquée ; de même si nous persuadons à un sujet que tel objet a des vertus magnétiques, il tombera en sommeil aussitôt qu'il l'aura touché.

L'abbé Faria n'agissait pas autrement lorsqu'au commandement de « dormez » prononcé d'une voix impérative et soutenu d'un geste énergique il endormait de nombreux sujets.

Pour Braid le concours que prête le sujet est absolument nécessaire au succès de l'opération :

« Il est important de remarquer que plus l'hypnotisation est fréquente, plus les patients y deviennent accessibles, et cela par l'association des idées et par l'habitude ; ils deviennent ainsi susceptibles d'être affectés *entièrement par l'imagination*. Ainsi, ils croient qu'il se passe quelque chose dont ils doivent être affectés; quoiqu'ils ne le voient pas, ils deviennent *affectés;* au contraire, l'hypnotiste le plus expert s'exercera en vain, si le sujet ne s'y attend pas et s'il ne s'y prête pas de corps et d'âme. »

En somme, ajoute Braid, les phénomènes proviennent de la fixation de l'esprit et des yeux, de l'état général de repos du patient et non de l'imagination des regards et de la volonté d'autrui (pag. 41, *loc. cit.*).

La production du sommeil sous la seule influence de l'imagination du sujet a été signalée par de nombreux observateurs ; les auteurs allemands sont d'accord sur ce point avec les auteurs français[1].

1. Voyez Bourneville et Regnard, *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, t. III. Les récentes expériences du professeur Bernheim sont pleinement confirmatives de cette production du sommeil par action purement psychique. Cet auteur considère comme peu importante la fixation du regard. « Je tâche, dit-il, de concentrer toute l'attention du sujet sur l'idée du sommeil. Je dis : Vos paupières se ferment, vous ne pouvez plus les ouvrir.

La phase hypnoptiqne produite par ce moyen est toujours la phase somnambulique. C'est du moins ce qui ressort de nos expériences. Les observations du professeur Bernheim plaident dans le même sens [1].

Mais il ne faut pas exagérer l'importance de la suggestion, et les diverses méthodes pour produire l'hypnotisme ne sauraient se résumer en une action psychique ainsi que quelques auteurs paraissent tentés de le croire.

Ce fait est démontré par les expériences qui précèdent pour ce qui est de la léthargie et de la catalepsie. Quant au somnambulisme il est non moins clairement établi que cet état nerveux a pu être produit à l'insu du sujet, pendant le sommeil naturel par exemple.

C'est là, on le comprend sans peine, une expérience capitale. Je la trouve signalée pour la première fois dans une observation de la thèse de Baillif sur le *sommeil magnétique dans l'hystérie*. Cet auteur rapporte qu'il a pu produire chez sa malade le sommeil artificiel pendant le sommeil ordinaire, et il en conclut que l'imagination, dans ce cas du moins, ne saurait être mise en cause pour la production de ce sommeil [2].

Dans ces derniers temps Berger mit en valeur ce fait intéressant de la transformation du sommeil normal en état hypnotique. Le procédé qu'il employait pour obtenir ce résultat était la simple imposition des mains. Quand ses sujets étaient profondément endormis, il s'approchait de leur lit et tenait ses mains chaudes à peu de distance de leur tête. En quelques minutes les dormeurs étaient hypnotisés. S'il entourait ses mains de gands de laine, il fallait un temps beaucoup plus long pour arriver au même résultat, et si ses mains étaient trop couvertes, il ne se produisait rien, l'hypnotisme n'avait plus lieu. La même chose survenait si, au lieu d'envelopper ses mains, il couvrait la tête du dormeur. Ces expériences pouvaient faire supposer une influence individuelle spé-

Vous éprouvez une lourdeur dans les bras, dans les jambes ; vous ne sentez plus rien, vous ne voyez plus rien ; le sommeil vient, et j'ajoute d'un ton plus impérieux : « Dormez ». Souvent ce mot emporte la balance ; les yeux se ferment, la malade dort. »

Le même observateur fait cesser le sommeil par le même procédé. Le commandement : « Réveillez-vous » amène la cessation immédiate du sommeil le plus profond.

1. En effet, tous les phénomènes décrits par cet auteur, qui s'est uniquement servi de la méthode suggestive pour provoquer le sommeil, nous paraissent rentrer dans notre état somnambulique. « Je n'ai jamais réussi, dit-il, dans l'hypnotisme obtenu par ce procédé, à provoquer, par la pression exercée sur un nerf, sans rien dire au sujet ni devant le sujet, la contraction des muscles innervés par ce nerf, par exemple la griffe cubitale ou radiale, la contorsion de la face, etc... »

Nous savons que ces phénomènes d'hyperexcitabilité neuro-musculaire sont propres à l'état léthargique.

D'un autre côté, les caractères propres à l'état cataleptique n'ont pas été davantage constatés par cet auteur. Je dirai plus loin en quoi diffère l'état qu'il désigne sous le nom de catalepsie suggestive.

2. *Loc. cit.*, p. 36.

ciale dans la production du sommeil hypnotique, mais de nouvelles expériences de contrôle montrèrent qu'il n'en est rien. Berger obtint les mêmes résultats en approchant de la tête des sujets en expérience des plaques métalliques modérément chauffées : les applications unipolaires des courants continus donnèrent de semblables résultats.

Ces expériences de Berger furent confirmées par Gscheidlen qui montra de plus que l'on pouvait produire l'hypnotisme pendant le sommeil même chez des individus qui n'avaient jamais été hypnotisés. Il constata que tous les individus qui ne sont pas hypnotisables pendant la veille, ne le sont pas non plus pendant leur sommeil, tandis que tous ceux dont on peut transformer le sommeil physiologique en hypnotisme sont, à l'état de veille, d'excellents sujets.

ARTICLE V

De la prédisposition à l'hypnotisme

Il résulte de l'exposé qui précède que la prédisposition du sujet joue un grand rôle dans la production du sommeil hypnotique. En quoi consiste cette prédisposition? Peut-elle est être diagnostiquée?

Il est un fait d'observation générale et confirmé par la plupart des observateurs que les meilleurs sujets appartiennent à la catégorie des personnes nerveuses et névropathes. Nos observations ont montré que l'hystérie présentait d'étroites affinités avec la névrose hypnotique et que les hystériques étaient particulièrement propres au développement des phénomènes de l'hypnose.

D'autre part les auteurs citent de nombreuses observations de sommeil hypnotique obtenu chez des sujets sains et qui, en apparence du moins, ne présentaient aucun des attributs de la diathèse hystérique.

Tout récemment M. Julian Ochorowicz, dans une communication à la Société de biologie [1], prétend avoir trouvé un moyen facile de reconnaître en quelques instants si un sujet est hypnotisable. Son procédé consiste dans la recherche de la sensibilité magnétique (sensibilité aux aimants). Suivant M. Ochorowicz, il existe une dépendance inséparable entre la faculté d'être influencé par l'aimant et la sensibilité hypnotique. Toutes les personnes qui subissent cette action sont hypnotisables; toutes les autres ne le sont pas [2].

1. *Société de Biologie*, 17 mai 1884.

2. « A l'aide d'un aimant de forme appropriée, entre les pôles duquel on fait tenir le doigt indicateur de la personne soumise à l'expérience, on peut facilement reconnaître si quelqu'un est hypnotisable ou non. L'expérience hypnoscopique ne dure que deux minutes et elle

Dans l'expérience hypnoscopique l'influence de l'aimant se revèle par des troubles de la motilité ou de la sensibilité localisée au doigt en contact avec l'instrument ou même envahissant une partie plus ou moins étendue du membre. Nous n'avons pu encore répéter nous-même les expériences de M. Ochorowicz. La seule objection qu'*a priori* ce que nous savons de l'action des aimants sur les hystériques nous permette de soulever, repose sur la courte durée de l'expérience (deux minutes). Nous avons observé en effet, dans bien des cas, que l'aimant employé chez les hystériques hypnotisables ne déterminait des troubles appréciables dans la sensibilité ou la motilité des parties en regard desquelles il était placé qu'au bout de quinze à vingt minutes ou même davantage. Mais je me hâterai d'ajouter qu'il ne faudrait pas voir dans cette remarque une infirmation des expériences de M. Ochorowicz. Car le mode d'application et la forme spéciale des aimants qu'il emploie peut avoir quelque influence sur la rapidité de leur action.

Quoi qu'il en soit, ces expériences méritent d'être contrôlées et répétées par les observateurs, car le rapprochement que M. Ochorowicz établit entre la faculté d'être influencé par l'aimant et la sensibilité hypnotique, ne peut être pris en sérieuse considération que s'il s'appuie sur un nombre considérable de faits.

rélève à l'expérimentateur nons eulement la présence ou l'absence de la sensibilité hypnotique, mais aussi son degré et le caractère des phénomènes à provoquer, en même temps que l'état général du système nerveux. » (*Revue scientifique*, 3 mai 1884.)

Cette dernière phrase exigerait de plus amples éclaircissements. Mais, en attendant, le seul point de reconnaître avec certitude si un sujet est hypnotisable ou non nous paraît d'une importance capitale.

CHAPITRE III

MODIFICATIONS DE LA MOTILITÉ
PROPRIÉTÉS NEURO-MUSCULAIRES DE L'HYPNOTISME

Nous ne craindrons pas d'entrer dans de longs développements au sujet des propriétés neuro-musculaires de l'hypnotisme ; c'est là, dans l'espèce, un point dont nous ne saurions exagérer l'importance et que nous considérons comme le fondement de toute étude sérieuse.

Les modifications apportées par l'hypnotisme dans l'état de la motilité ont été notre premier objectif dans ces recherches sur une matière difficile et qui n'était pas exempte d'embûches. Nous avons trouvé là des faits facilement appréciables, sans rien de mystérieux ni d'étrange, et qui trouvaient dans les données connues de la physiologie et de l'anatomie une assiette inébranlable.

Nous avons pu ainsi reconnaître qu'aux trois phases de l'hypnotisme correspondent trois états différents du système neuro-musculaire qui se révèlent par des signes en quelque sorte grossiers, et dont la constatation devient une preuve irréfutable de la sincérité du sujet et de la réalité des autres phénomènes d'ordre plus élevé que l'on peut observer concurremment.

Nous étudierons successivement les phénomènes neuro-musculaires pendant l'état léthargique, pendant l'état cataleptique et pendant l'état somnambulique.

ARTICLE PREMIER

Phénomènes neuro-musculaires pendant l'état léthargique

L'examen du système neuro-musculaire fait reconnaître ce qui suit : les réflexes tendineux amoindris ou nuls dans l'état cataleptique, ainsi

que nous le verrons plus loin, se montrent, au contraire, ici, remarquablement exaltés. De plus on constate dans tous les cas, à la vérité à des degrés divers, la présence d'un phénomène dont nous avons déjà dit un mot et que M. Charcot a proposé de désigner par le nom d'*hyperexcitabilité neuro-musculaire*. Ce phénomène consiste sommairement dans l'aptitude qu'acquièrent les muscles de la vie animale à entrer en contracture sous l'influence d'une simple excitation mécanique.

Cette action mécanique doit dépasser les limites de la peau et atteindre, pour avoir son effet, les parties molles sous-cutanées, muscles tendon ou nerf. Elle consiste dans le choc, la pression, la malaxation ou le massage.

L'excitation mécanique exclusivement limitée à la peau telle que le frôlement, le pincement ou la piqûre reste sans action pendant l'état léthargique.

Nous verrons plus loin qu'il n'en est pas de même pendant l'état somnambulique. Nous allons entreprendre avec quelque détail l'étude de ce phénomène neuro-musculaire très important, spécial à la phase léthargique de l'hypnotisme.

I

DES DIFFÉRENTS MOYENS DE METTRE EN RELIEF L'HYPEREXCITABILITÉ NEURO-MUSCULAIRE DE L'ÉTAT LÉTHARGIQUE

En cherchant à pénétrer plus avant dans l'étude du phénomène de l'*hyperexcitabilité neuro-musculaire*, qu'une simple malaxation des muscles de la face antérieure de l'avant-bras, par exemple, met si facilement en relief, on arrive bientôt à se convaincre que la contracture musculaire n'est pas due seulement à l'excitation mécanique de la fibre musculaire elle-même, mais qu'elle se montre également bien, que l'excitation soit portée sur les fibres tendineuses qui sont en rapport de continuité avec la substance musculaire, ou sur les rameaux nerveux moteurs dont les fibres viennent s'y terminer.

Nous étudierons donc successivement les résultats que donne, au point de vue de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, l'excitation mécanique localisée soit au tendon, soit au rameau nerveux, soit au corps du muscle lui-même.

§ 1. — EXCITATION DU TENDON. — ÉTUDE DES RÉFLEXES TENDINEUX DANS LA LÉTHARGIE HYSTÉRIQUE PROVOQUÉE

L'exagération des réflexes tendineux est un fait commun chez les malades atteintes de grande hystérie. Elle accompagne le plus ordinairement l'anesthésie et l'amyosthénie qui font partie du tableau de la maladie dans l'intervalle des crises, et, comme ces dernières, se localise à un côté du corps, ou bien se généralise, conservant le plus alors, souvent, dans une des moitiés du corps, une intensité plus grande.

Si l'on se rappelle la signification aujourd'hui bien établie de ce phénomène, et les connexions intimes qui font de l'exaltation des réflexes tendineux et de la contracture musculaire des faits de même ordre, on ne sera pas surpris de rencontrer dans la léthargie hypnotique, dont nous parlons, une exagération marquée de ces réflexes. En effet, sous l'influence des pratiques de l'hypnotisme, les réflexes tendineux subissent des modifications susceptibles de quelques variations suivant les sujets, mais qui, malgré ces variétés individuelles, nous ont paru un des caractères les plus constants du sommeil artificiel.

Cette étude a permis de pénétrer quelque peu la nature du curieux phénomène de l'*hyperexcitabilité neuro-musculaire*, en le montrant intimement lié, pour une part, à l'exaltation des réflexes tendineux, dont il devient, dans le cas particulier où la contracture suit l'excitation du tendon, comme une nouvelle manifestation d'un ordre plus élevé.

Pour la production du réflexe tendineux de l'état normal plusieurs conditions sont nécessaires. Elles ont été nettement formulées par M. Westphal. En premier lieu, le muscle sur lequel on veut agir doit être placé dans un état de tension modérée. En second lieu, l'excitation portée sur le tendon doit consister en un choc brusque qui, par l'intermédiaire des fibres tendineuses, détermine un ébranlement soudain de toute la masse du muscle. La contraction musculaire réflexe ne peut être produite par aucune excitation électrique ou mécanique autre que la percussion.

Dans l'état hypnotique, les circonstances qui favorisent la production du phénomène sont quelque peu changées. Le choc n'agit plus seul, la simple pression produit des effets un peu différents, mais également remarquables. C'est pourquoi, dans l'étude qui va suivre, nous considérerons successivement les effets de l'excitation mécanique portée sur le tendon, soit au moyen d'un choc brusque, soit au moyen de la pression.

A. Effets de la percussion.

Suivant les procédés habituels, nous nous sommes servis dans nos recherches à ce sujet d'un marteau à percussion garni d'un petit coussin en caoutchouc à son extrémité. D'ordinaire, pour faire naître le phénomène, il faut pratiquer sur le tendon, à l'aide de ce petit instrument, un choc brusque et assez énergique. La percussion du tendon est suivie alors d'une contraction soudaine du muscle qui soulève le segment du membre auquel il s'attache. Il en résulte une secousse quelquefois dicrote, mais toujours vive et très courte.

Dans l'état de santé, la contraction réflexe du triceps crural est facile à obtenir par la percussion du tendon rotulien. Cette contraction d'intensité moyenne s'exagère dans certains états morbides caractérisés par un accroissement de l'activité réflexe de la moelle épinière, comme dans les paraplégies spasmodiques. De plus, en certains cas, elle se montre là où elle n'existe que rarement à l'état normal, comme au bras par la percussion des tendons du triceps ou du biceps, ou aux avant-bras par la percussion des tendons des fléchisseurs ou des extenseurs au-dessus du poignet. D'autres affections nerveuses au contraire sont, on le sait, marquées, dans la règle, par une abolition complète des réflexes tendineux, l'ataxie locomotrice par exemple.

Nous trouvons dans l'hypnotisme ces deux modifications extrêmes des réflexes tendineux : l'exaltation, comme dans la léthargie ou même le somnambulisme, et l'abolition comme dans l'état cataleptique ainsi que nous le verrons plus loin.

Toutes les modalités diverses auxquelles peut donner lieu l'exaltation du réflexe tendineux dans l'hypnotisme, reposent sur deux points principaux :

a) Extension, diffusion de l'action réflexe.

b) Modifications de la contraction musculaire qui en est la conséquence :

α) La contraction est plus vive sans augmenter la durée.

β) La contraction est plus longue, elle marche vers le tétanisme et tend à se transformer en contracture.

γ) La contraction devient permanente. Le choc a provoqué la contracture. Rarement un seul choc amène ce résultat ; mais, le plus souvent, la contracture est facilement obtenue à la suite de plusieurs chocs successifs portés sur le tendon.

a) *Diffusion du réflexe.* — Quelques malades sont à peine endormies qu'on voit le réflexe tendineux non seulement s'exagérer sur place et le

choc sur le tendon donner lieu à une contraction plus vive du muscle directement intéressé, mais encore provoquer des contractions réflexes dans les membres éloignés du lieu de la percussion, soit d'un même côté du corps, soit des deux côtés à la fois. Il suffit alors du moindre choc pour provoquer le réflexe, et, à la suite de la percussion du tendon rotulien, par exemple, on observe un soubresaut dans le bras du même côté, ou dans les deux bras à la fois, ou dans tout le corps.

Un choc sur la face externe du bras vers la partie médiane, au niveau de l'insertion du deltoïde amène une secousse violente de toute l'épaule et qui peut même s'étendre au tronc tout entier.

Une de nos anciennes malades, Bar..., sur laquelle ont été faites les premières expériences de la Salpêtrière et qui depuis a quitté le service, présentait cette diffusion des réflexes d'une façon remarquable. Pendant la veille, les réflexes rotuliens étaient peu exagérés, surtout à la jambe gauche (la malade était hémianesthésique à droite). De plus, les bras comme le reste du corps ne participaient en aucune façon aux mouvements réflexes de la jambe sur laquelle portait l'excitation. Mais à peine Bar.., était-elle endormie que les choses changeaient. La percussion du tendon rotulien provoquait un soubresaut de tout le corps; les deux bras, et principalement le droit, étaient animés d'une secousse qui suivait, avec un léger retard parfaitement appréciable, le mouvement de la jambe.

Cail..., hystéro-épileptique, actuellement soumise à notre observation, présente la même particularité. Nous avons analysé ce phénomène par les procédés de la méthode graphique du professeur Marey, et les tracés que nous avons obtenus permettront de s'en rendre un compte exact. Cail... est hémianesthésique à gauche. Les réflexes tendineux sont exagérés, à l'état de veille, surtout dans tout le côté gauche.

Un tambour myographique est appliqué sur le biceps brachial gauche, un second tambour sur le triceps crural du même côté. Ces deux tambours sont reliés par deux tubes en caoutchouc de même diamètre à deux tambours enregistreurs, dont les leviers inscrivent sur un cylindre recouvert de noir de fumée. Nous n'insistons pas sur le dispositif de notre expérience qui est classique. Le cylindre est animé d'une vitesse uniforme au moyen d'un mouvement d'horlogerie muni d'un régulateur Foucault. Pour le cas actuel, il est placé sur l'axe de mouvement moyen et exécute un tour complet en six secondes.

On a soin de placer bien exactement les deux styles inscripteurs sur la même verticale, parallèle à l'axe de rotation du cylindre.

Chaque tracé obtenu dans ces conditions présente deux lignes ou *courbes* superposées. — La ligne supérieure correspond au tambour

appliqué sur le biceps brachial et traduit les modifications survenues dans l'état de contraction de ce muscle. La ligne inférieure offre la même signification relativement au triceps crural du même côté.

Le tracé I (fig. 100), obtenu pendant la veille, démontre l'existence du

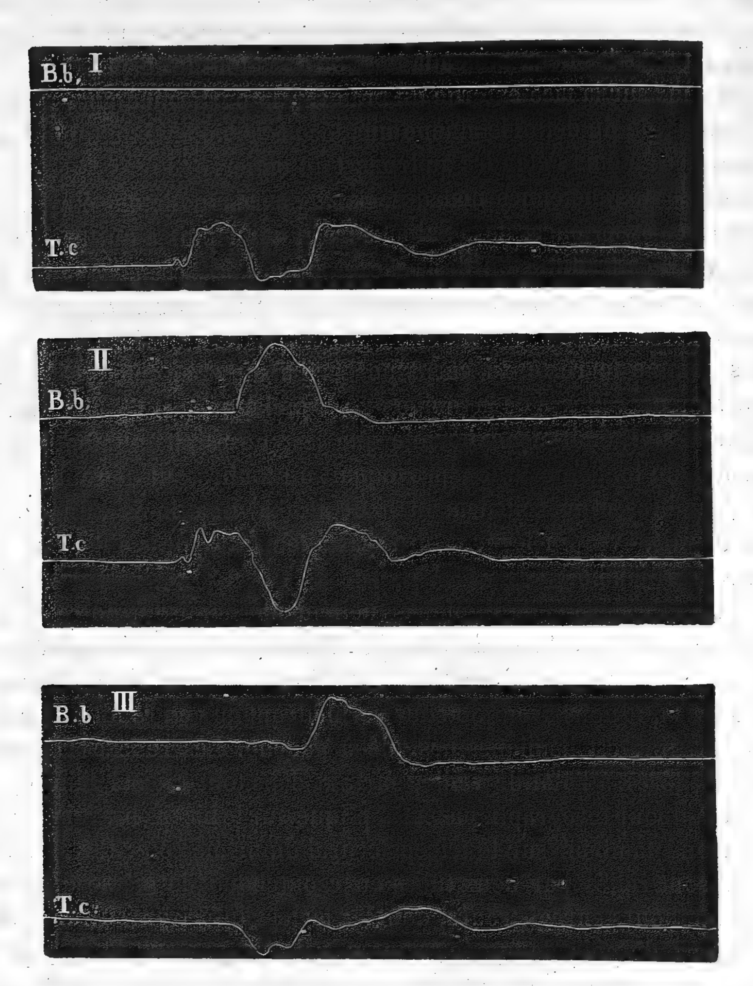


Fig. 100. — Diffusion du réflexe tendineux pendant la léthargie hystérique provoquée. *Bb,* biceps brachial gauche. — *Tc,* triceps crural du même côté. — *Tracé I.* Pendant la *veille,* choc sur le tendon rotulien gauche. — *Tracé II.* Pendant la *léthargie,* choc sur le même tendon rotulien. — *Tracé III.* Pendant la léthargie, choc sur le tendon rotulien droit (côté opposé de l'application des tambours) (Vitesse moyenne du cylindre).

réflexe rotulien. Un choc brusque, porté sur le tendon rotulien, provoque presqu'aussitôt un mouvement assez étendu de la jambe et à oscillations multiples. Ces oscillations paraissent produites par des con-

tractions alternatives des muscles extenseurs et des muscles fléchisseurs. — La courbe *T c* traduit les contractions du muscle extenseur du triceps crural. — On remarque sur ce tracé, que le réflexe rotulien ne retentit en aucune façon sur le bras. Le style supérieur qui correspond au biceps brachial trace une ligne droite (*B. b.*).

Il n'en est pas de même pendant le sommeil provoqué, ainsi que le montre ce tracé II (fig. 100). Par la fixité du regard en convergence supérieure, la malade est rapidement endormie. Les membres sont dans la résolution la plus complète. Les caractères du réflexe tendineux éprouvent aussitôt les modifications suivantes. En outre que le réflexe rotulien paraît plus intense, qu'il s'obtient à l'aide d'une excitation plus légère, il retentit sur les bras et sur tout le corps.

On voit, en effet, sur le tracé la contraction du biceps brachial suivre celle du triceps crural obtenue par la percussion directe de son tendon.

Le tracé III (fig. 100) a été obtenu sans changer la disposition des appareils placés sur les membres du côté gauche, mais en frappant sur le tendon rotulien du côté droit.

L'on conçoit fort bien que cette diffusion des réflexes tendineux se présente à des degrés variables suivant les malades, et c'est ce qui a lieu en effet. Cette diffusion s'opère-t-elle suivant des lois constantes, se rapprochant plus ou moins de celles posées par Pflüger? Nous ne le pensons point, parce qu'elle est subordonnée au degré d'activité réflexe de la moelle et que nos observations nous ont appris que souvent, dans l'hypnotisme, cette activité nerveuse spéciale n'est pas modifiée d'une façon uniforme dans tous les points de l'axe médullaire. Les phénomènes, en effet, qui en sont la traduction objective se montrent parfois localisés dans une partie du corps, ou bien, s'ils existent partout, possèdent une intensité variable suivant les régions.

C'est ainsi que nous avons pu observer contradictoirement aux lois de Pflüger, que le réflexe rotulien se propage d'abord aux membres supérieurs avant de retentir sur l'autre jambe, ce qui est en opposition avec la *loi de la symétrie*. D'un autre côté, voici qui paraît conforme à la *loi de l'irradiation* : nous avons vu souvent le réflexe rotulien retentir sur les membres supérieurs, mais nous n'avons pas observé la diffusion du réflexe en sens inverse, c'est-à-dire du membre supérieur au membre inférieur. D'ailleurs, cette dernière loi de Pflüger qui veut que l'excitation réflexe se propage dans la moelle, toujours de bas en haut et jamais de haut en bas, a été vivement combattue par Cayrade et par Vulpian.

D'ailleurs, il ne faut pas oublier que la classification de Pflüger s'applique aux réflexes cutanés et qu'il s'agit ici de phénomènes réflexes d'un ordre différent.

b) *Modification de la contraction réflexe qui suit le choc sur le tendon.* — En même temps que, sous l'influence de l'hypnotisme, le réflexe tendineux tend à se généraliser, il arrive souvent que la contraction musculaire à laquelle il donne lieu subit elle-même quelques modifications. La contraction devient plus longue, la courbe du tracé myographique se transforme en plateau; c'est un tétanos de courte durée, l'esquisse de la contracture. Mais ces deux modes de l'exaltation des réflexes tendineux — irradiation du réflexe et tendance à la contracture — qui, dans certains cas, se montrent à la fois chez une même malade, peuvent exister séparément, d'une façon indépendante l'un de l'autre.

Witt..., hystéro-épileptique, qui présente à un haut degré, pendant la léthargie hypnotique, le phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, offre d'une façon très nette ces modifications de la contraction musculaire réflexe sans tendance à la généralisation. Les nombreuses expériences faites sur elle, aussi bien sur les muscles des bras que sur ceux des jambes, ont donné les résultats suivants :

α) Le choc tendineux modéré est suivi d'une contraction prolongée.

β) Un choc un peu violent produit d'emblée la contracture permanente.

γ) La contracture permanente est également provoquée par la répétition de plusieurs chocs légers, et elle se développe alors progressivement.

La contracture ainsi produite ne subit pas un accroissement exactement proportionnel au nombre des chocs. — Il y a en quelque sorte accumulation de force et addition successive de chaque excitation partielle, de telle façon que, tout en conservant une intensité égale, les derniers chocs sont suivis d'effets beaucoup plus considérables que les premiers.

Il y a donc deux modes de l'excitation par choc : ou l'excitation est intense et unique ou l'excitation est faible et répétée. Tous deux conduisent au même résultat qui est la contracture permanente, mais par des procédés un peu différents.

Voici le récit de quelques expériences faites sur Witt... :

7 *janvier* 1881. — Le tambour myographique est placé sur le corps du muscle extenseur commun des doigts (avant-bras droit).

L'avant-bras droit est placé dans la demi-flexion avec pronation; la malade est assise, le coude repose sur l'angle d'une table, et le poignet est soutenu par la main gauche de l'expérimentateur. La main du sujet retombe inerte dans la flexion. La percussion est pratiquée sur les tendons extenseurs environ au niveau de la deuxième rangée des os du carpe. La percussion donne lieu à un mouvement d'extension de la main et des doigts.

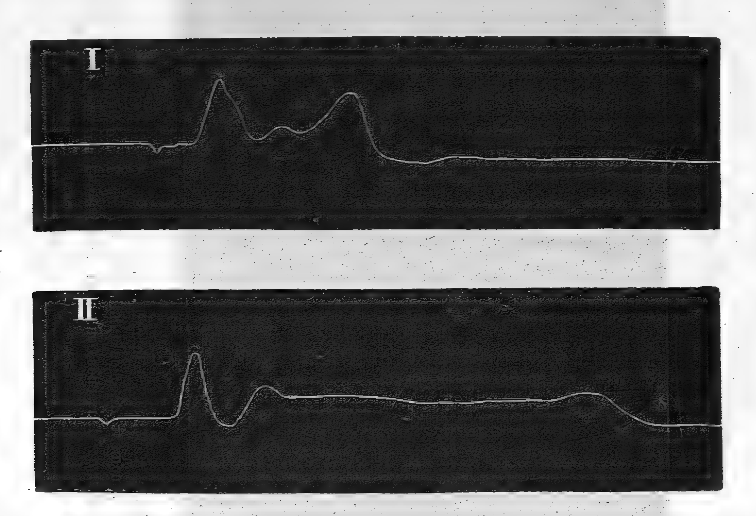


Fig. 101. — Modification, pendant la léthargie, de la contraction réflexe qui suit le choc du tendon. Tendance à la contracture.

Tracé I. Pendant la *veille,* choc sur les tendons des extenseurs de l'avant-bras. — *Tracé II.* Pendant la *léthargie,* choc sur les mêmes tendons. (Vitesse moyenne du cylindre.)

Le tracé I (fig. 101) a été obtenu pendant l'état de veille. La secousse musculaire réflexe n'est pas unique, comme il arrive souvent, surtout en ce qui concerne les extenseurs. Elle est représentée ici par une courbe marquée de plusieurs ondulations.

La malade une fois endormie, la même excitation portée sur les mêmes tendons donne le tracé II, dans lequel on voit la première ondulation de la courbe suivie d'un plateau qui se prolonge quelque peu. En effet, dans ce dernier cas, on voit la main soulevée par la contraction réflexe des extenseurs s'arrêter à mi-chemin dans son mouvement de rechute, pour retomber ensuite d'elle-même complètement, au bout de quelques instants.

Les tracés de la figure 102 et de la figure 103 ont été obtenus dans les mêmes conditions expérimentales sur la même malade (Exp. du 16 février). Un signal électrique Marcel Despretz marque le moment du choc sur le tendon. Le tambour myographique est d'un volume plus considérable que celui qui nous a servi dans l'expérience précédente, aussi le tracé de la courbe musculaire présente-t-il plus d'amplitude.

Dans cette expérience nous trouvons la malade plus excitable que le 7 février. — La contraction à peine produite devient du même coup contracture permanente. Un choc, même modéré, produit d'emblée la contracture.

Pour obtenir une simple contraction, il faut user d'une excitation fort légère.

En répétant ces excitations très légères, on arrive également très ra-

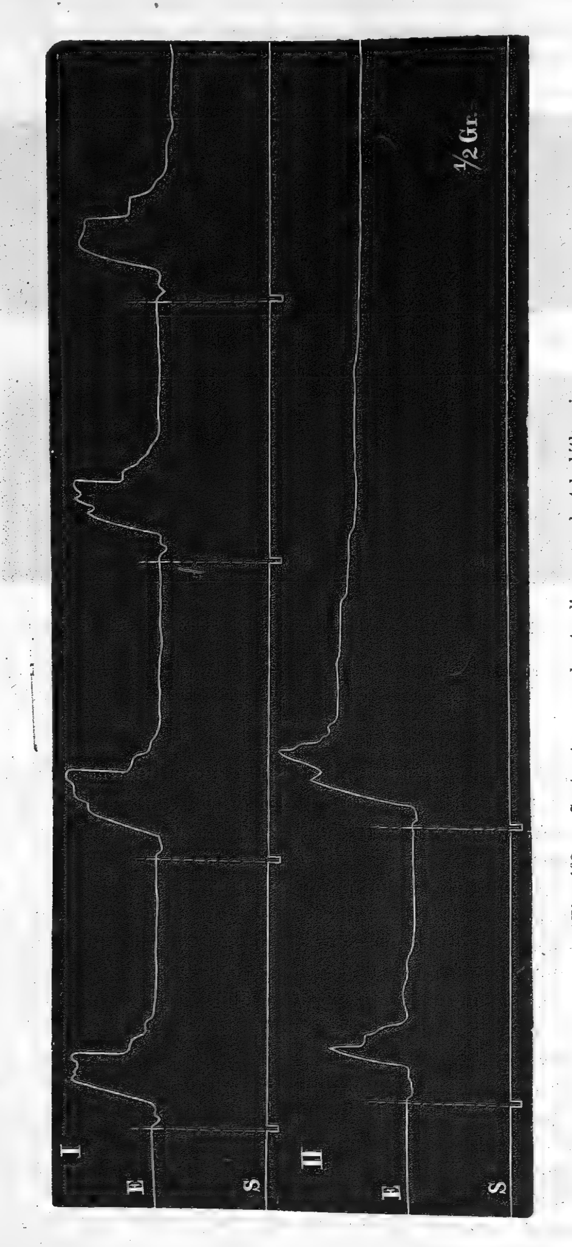


Fig. 102. — Contracture par choc tendineux pendant la léthargie.

E, extenseur des doigts de l'avant-bras droit. — *S*, signal électrique indiquant le moment du choc tendineux. — *Tracé I*. Pendant la *veille*, quatre chocs successifs portés sur les tendons extenseurs. — *Tracé II*. Pendant la *léthargie*, deux chocs successifs portés sur les mêmes tendons. (Vitesse moyenne du cylindre.)

pidement à la contracture ainsi que le prouvent les tracés des figures 102 et 103.

L'excitation portée sur les muscles fléchisseurs de la main et des doigts nous a donné des résultats analogues.

Dans ce cas, le tambour myographique est appliqué vers le tiers supérieur

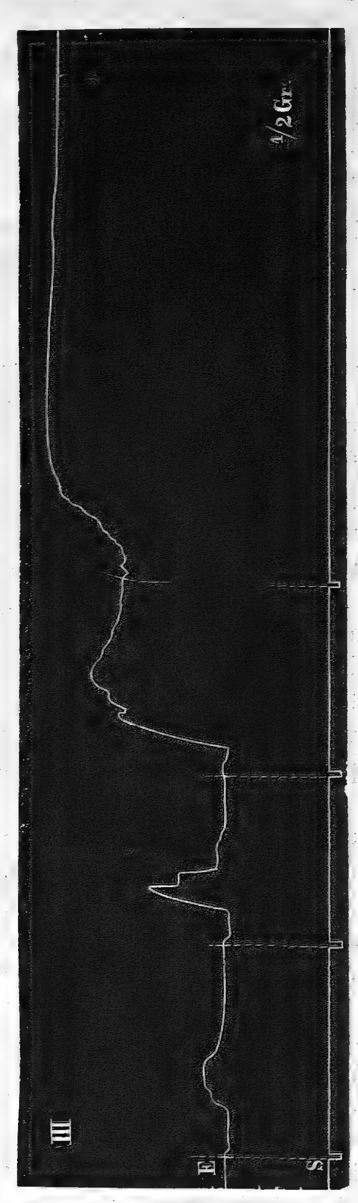


Fig. 103. — Suite de l'expérience représentée figure 102.
Tracé III. Pendant la *léthargie*, quatre chocs successifs portés sur les mêmes tendons.

de la face antérieure de l'avant-bras au niveau du relief musculaire des fléchisseurs, et la percussion porte, à quelques centimètres au-dessus du poignet, sur la saillie des tendons des muscles palmaires. Comme dans l'expérience

précédente, le coude de la malade repose sur l'angle d'une table, l'avant-bras demi-fléchi est en supination et le poignet est soutenu par la main gauche de l'expérimentateur. La main du sujet retombe inerte en extension. Nous avons ainsi obtenu des tracés que nous n'avons pas fait reproduire, parce qu'ils sont absolument analogues aux précédents.

Dans des expériences faites sur le tendon rotulien, chez la même malade, nous constatons qu'il n'y a pas d'irradiation du réflexe au bras du même côté.

Deux tambours myographiques sont appliqués à la fois, l'un sur le triceps crural gauche, l'autre sur le biceps brachial du même côté. Le dispositif de l'appareil est le même que dans les expériences rapportées plus haut (p. 512).

Sur le tracé I (fig. 104), obtenu pendant la veille, on remarque que le style qui correspond au biceps demeure immobile, pendant que le style du triceps crural marque une série d'ondulations qui suivent le choc porté sur le tendon rotulien.

Pendant la léthargie (tracé II, fig. 104), le biceps demeure également immobile, mais les caractères de la contraction réflexe du triceps crural sont considérablement modifiés. Un premier choc détermine une contraction prolongée qui se traduit par une courbe à long plateau. Un deuxième choc donne naissance immédiatement à la contracture permanente.

Chez les deux malades qui jusqu'ici nous ont servi d'exemples, nous avons vu se montrer indépendamment les deux modifications principales que subissent les réflexes tendineux sous l'influence de l'hypnotisme : *a*) irradiation du réflexe, chez Cail... ; *b*) tendance à la contracture et contracture confirmée, chez Witt... Mais, ainsi que nous l'avons déjà dit, ces deux caractères peuvent se montrer à la fois, et, en même temps que le réflexe irradié, on voit la contraction (du muscle directement excité, de même que celle du muscle éloigné du point d'excitation) tendre vers la contracture.

C'est ce que démontrent les tracés suivants obtenus chez une autre malade, Parm..., également hystéro-épileptique. Nous ne reviendrons pas sur la disposition des appareils enregistreurs. Chez Parm... les réflexes tendineux, pendant la veille, sont assez développés, mais le réflexe rotulien ne se propage pas au membre supérieur du même côté (Tracé I, fig. 105).

Pendant la léthargie hystérique provoquée, le réflexe rotulien s'accuse encore davantage, et l'irradiation au bras du même côté est très marquée. Les trois excitations du tracé II (fig. 105), ont été portées successivement, et l'on remarque qu'à la troisième excitation la contraction réflexe du biceps brachial, aussi bien que celle du triceps crural, offre une tendance manifeste à la contracture.

Dans une autre expérience, sur la nommée Cail..., nous avons vu, à la suite de chocs répétés sur le tendon rotulien, la contracture se con-

firmer peu à peu et finalement, s'établir aussi bien au bras correspondant qu'à la jambe sur laquelle l'excitation avait été directement portée.

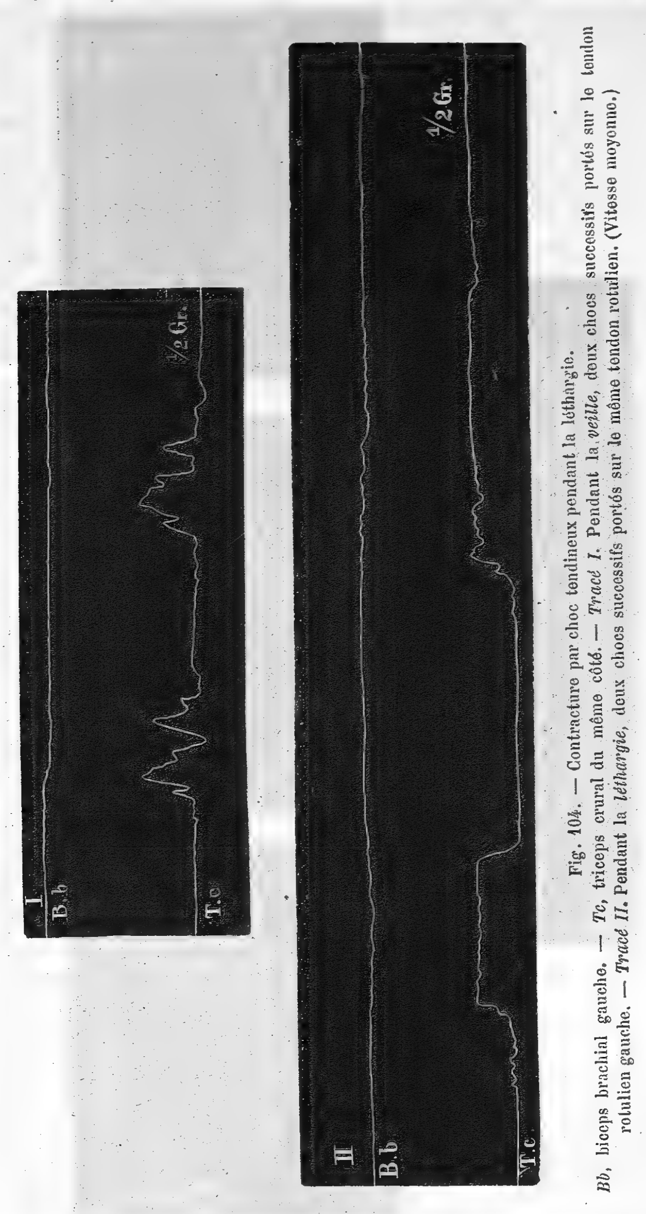


Fig. 104. — Contracture par choc tendineux pendant la léthargie. *Bb*, biceps brachial gauche. — *Tc*, triceps crural du même côté. — *Tracé I*. Pendant la *veille*, deux chocs successifs portés sur le tendon rotulien gauche. — *Tracé II*. Pendant la *léthargie*, deux chocs successifs portés sur le même tendon rotulien. (Vitesse moyenne.)

— En même temps que le membre inférieur se contracture dans l'extension forcée, on voit le membre supérieur animé, à chaque choc rotusien, de secousses réflexes, subir dans son attitude les modifications

suivantes: Il s'élève légèrement, le poing se ferme, l'avant-bras se met

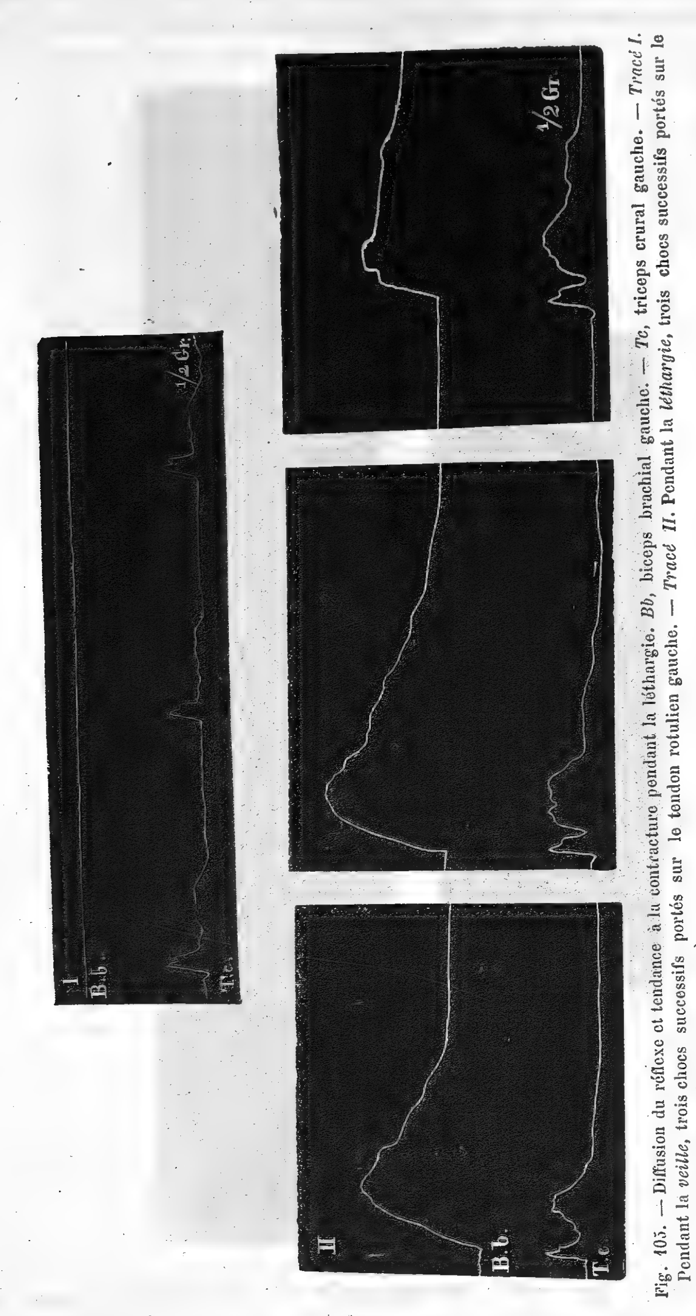


Fig. 105. — Diffusion du réflexe et tendance à la contracture pendant la léthargie. *Bb*, biceps brachial gauche. — *Tc*, triceps crural gauche. — *Tracé I*. Pendant la *veille*, trois chocs successifs portés sur le tendon rotulien gauche. — *Tracé II*. Pendant la *léthargie*, trois chocs successifs portés sur le même tendon rotulien. (Vitesse moyenne.)

en pronation et en légère flexion, puis ramené sur les côtés du tronc,

le membre tout entier s'immobilise dans une attitude qui rappelle celle du début de la grande attaque hystérique.

Dans le cas qui précède, la contracture qui a suivi la percussion du tendon rotulien est demeurée localisée à un seul côté du corps. Mais, la propagation de l'excitation peut dépasser la ligne médiane et la contracture, qui en est la conséquence, s'étendre aux quatre membres et même à tout le corps. C'est ce que nous avons pu constater chez plusieurs de nos malades et particulièrement sur celles qui présentent peu développé le phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire.

Nous rapporterons, à titre d'exemple, quelques détails d'une expérience d'hypnotisme, tentée sur une de nos malades hystéro-épileptiques, récemment entrée dans le service et qui n'avait jamais été soumise à ce genre d'épreuve :

Del... est anesthésique totale et achromatopsique de l'œil droit seulement. Les réflexes tendineux sont exagérés aux deux jambes, à droite surtout ; aux coudes ils sont moins marqués ; aux avant-bras ils existent à un faible degré. Il n'y a point d'extension du réflexe rotulien aux membres supérieurs.

La malade est placée en face d'une vive lumière (lampe au magnésium) qu'on la prie de fixer du regard. Au bout de quelques instants, les yeux se convulsent en haut, les pupilles se cachent sous les paupières supérieures, la tête se renverse. Del... est endormie, les membres sont dans la résolution. Le cou est un peu gonflé et la respiration est laborieuse.

Nous pouvons observer une exaltation des réflexes tendineux facilement appréciable aux poignets et aux coudes où ils existaient peu accusés pendant la veille. Le réflexe rotulien produit à la fois un mouvement dans les quatre membres et un soubresaut de tout le corps accompagné d'une respiration convulsive.

En répétant les chocs sur le tendon rotulien, la contracture permanente de la jambe ne tarde pas à s'établir. On voit l'extension de la jambe s'accuser par degrés jusqu'à l'immobilisation dans l'extension complète.

Nous remarquons alors que la contracture n'est pas demeurée localisée au seul membre directement intéressé ; les deux bras sont contracturés dans l'extension et la pronation, l'autre jambe est également contracturée dans l'extension, le tronc s'est redressé, la tête est maintenue renversée par une rigidité des muscles de la nuque. En résumé, il s'est produit là une sorte d'attaque de contracture généralisée.

Cette contracture disparaît facilement par la friction des parties contracturées qui retrouvent successivement leur souplesse.

Dans une seconde expérience de généralisation de la contracture à la suite du choc répété sur le tendon rotulien, nous avons fait cesser la contracture d'un même coup partout à la fois, au moyen d'une pression légère de la région ovarienne droite, sans pour cela amener la cessation du sommeil ce qui eût été inévitable si la pression avait été énergique.

Un choc répété sur les tendons de la face palmaire du poignet amène la contracture des deux bras dans la demi-flexion. Les membres inférieurs dans ce cas ne participent pas à la contracture.

Les recherches faites au sujet de l'état des réflexes tendineux pendant la léthargie hystérique provoquée, peuvent être résumées dans les conclusions suivantes :

a) Pendant la léthargie hystérique provoquée, les réflexes tendineux s'exaltent et s'irradient, parfois même ils se généralisent. Cette irradiation ne saurait être soumise à aucune loi précise en raison de l'excitabilité variable des diverses parties des centres nerveux. Sous ce rapport, l'axe médullaire peut être divisé suivant un plan vertical et médian — presque toujours en effet un côté du corps est plus excitable que l'autre ; — il peut être également divisé en sections transversales, les membres inférieurs pouvant acquérir un degré d'excitabilité différent de celui des bras ou inversement. Nous savons aussi qu'au point de vue de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire les muscles de la face et ceux des membres sont soumis à un régime différent ; et, dans le plus grand nombre des cas, ce phénomène manque à la face, pendant qu'il existe très développé dans le reste du corps.

b) La contraction musculaire qui est la conséquence du choc sur le tendon présente une tendance marquée vers la contracture.

La contracture permanente est le plus souvent obtenue à la suite de plusieurs chocs successifs portés sur le tendon. Lorsque l'excitabilité réflexe existe à un haut degré, un seul choc suffit. Alors, la pression sur le tendon conduit au même résultat, ainsi que nous le verrons dans un instant.

c) Le degré de réflectivité médullaire varie non seulement avec les malades ou chez une même malade, suivant les diverses régions de la moelle, mais aussi chez une même malade d'un jour à l'autre ou même d'un moment à l'autre, sous des influences variées. C'est ainsi qu'après nos expériences les réflexes tendineux de l'état de veille sont toujours un peu plus exaltés qu'auparavant.

d) Au point de vue spécial des phénomènes de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, c'est-à-dire de la contracture musculaire obtenue à l'aide d'une simple excitation mécanique, il existe une différence entre les deux modalités de l'exaltation des réflexes tendineux : diffusion du réflexe et tendance à la contracture.

La diffusion des réflexes se rencontre souvent chez les sujets qui n'offrent pas très développé le phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire. Il y a là une sorte de contradiction qui s'explique facilement de la façon suivante.

Dans ces cas, le phénomène pour se développer exige une excitation intense et répétée. L'ébranlement nerveux qui en est la conséquence

tend à se propager dans toute l'étendue des centres et la contraction réflexe, en même temps que la contracture, se généralise. Au contraire chez les malades qui présentent à un haut degré l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, il suffit du plus léger choc tendineux pour produire immédiatement la contracture localisée, et dans ce cas l'excitation n'est pas assez vive pour tendre vers la généralisation.

Au résumé, le choc est un mauvais procédé de localisation. La contracture suit également d'autres procédés d'excitation mécanique du tendon, tels que la malaxation, la friction et la simple pression. Ces manœuvres, que nous allons étudier maintenant, ont pour résultat de produire la contracture plus sûrement que l'excitation par choc et d'éviter la généralisation.

B. Effets de l'excitation tendineuse par malaxation, friction ou simple pression

Chez les sujets peu sensibles nous avons vu parfois, alors que le choc répété des tendons ne produisait qu'une série de secousses musculaires, sans tendance manifeste vers la contracture, la malaxation ou la friction un peu prolongée de ces mêmes tendons, provoquer assez facilement la contracture permanente.

D'autre part, dans certains cas où le choc tendineux était suivi de la généralisation de la contracture, la malaxation du tendon a produit la contracture locale. Mais c'est principalement sur les sujets qui présentent à un haut degré l'hyperexcitabilité neuro-musculaire que la simple pression du tendon fait merveille, et est doué d'une efficacité bien plus grande que le choc, au double point de vue de la précision et de l'intensité de la contracture.

Chez ces sortes de malades on réussit à provoquer, à l'aide d'un choc léger et rapide, une contraction réflexe qui présente, à peu de chose près, les mêmes caractères que celle qui est obtenue par le même procédé pendant la veille, tandis qu'une pression, si peu prolongée qu'elle soit, ne saurait produire autre chose qu'une contracture. Il en résulte que, pour la production de la contracture réflexe par excitation tendineuse, non seulement le choc n'est pas nécessaire, mais la simple pression est beaucoup plus efficace. D'où il suit également que le muscle sur le tendon duquel on opère n'a pas besoin d'être placé dans l'état de demi-tension exigé pour la production du réflexe tendineux de l'état normal.

Pour les tendons superficiels et facilement accessibles comme ceux des deux palmaires au poignet, il suffit d'appuyer légèrement avec l'extrémité mousse d'un porte-plume, par exemple, pour voir la con-

tracture se développer instantanément, les tendons faire saillie et la main s'immobiliser dans la flexion.

Le tracé suivant, obtenu sur Witt..., traduit le phénomène. Le tambour myographique est appliqué sur le corps du grand palmaire. La pression sur le tendon est très modérée, et le signal Marcel Despretz marque le temps pendant lequel elle a été maintenue. — On voit par la courbe (fig. 106) que la contracture met plus de temps à se produire que par le choc et qu'elle débute moins brusquement.

Au dos de la main, l'expérience offre encore un caractère plus saisissant. Il suffit de toucher en un point quelconque de son parcours — au niveau de la tête des métacarpiens, par exemple — un des tendons de l'extenseur des doigts dont les reliefs sont facilement appréciables sous la peau, pour qu'aussitôt le doigt correspondant — et celui-là seulement — s'étende, maintenu dans cette situation par une contracture permanente des fibres musculaires qui font suite aux fibres tendineuses. Pour les tendons de la tabatière anatomique, l'expérience réussit également.

En promenant légèrement l'extrémité du porte-plume ou de tout autre objet sur le trajet du tendon, l'effet est encore plus accusé, s'il est possible. Cette sorte de friction peut être considérée comme une pression qui se déplace et s'exerce ainsi successivement sur différents points de la longueur du tendon.

La pression peut être brusque ou graduelle.

Les effets de la pression graduelle sont démontrés dans l'expérience citée plus haut et accompagnée du tracé (fig. 106).

La pression brusque se rapproche du choc et tient, en quelque sorte, le milieu entre les deux modes d'excitation.

Le tracé suivant (fig. 107) montre en effet que, dans ce cas, la contracture se produit plus rapidement et plus brusquement. Il s'agit d'une pression brusque exercée sur le tendon du grand palmaire. Le signal Marcel Despretz indique la durée de la pression.

Nous pouvons conclure de ce qui précède que la contracture qui suit le choc sur le tendon et celle qui est obtenue par une simple pression exercée au même point, sont des phénomènes de même ordre.

Nous avons montré que la contracture qui suit le choc tendineux n'est qu'une modalité plus accentuée, une exagération du phénomène connu sous le nom de réflexe du tendon. Il suit donc tout naturellement que cet autre phénomène de prime abord si singulier, qui consiste à faire contracturer isolément un muscle en touchant simplement son tendon, ne présente en définitive rien d'insolite et doit être rapproché des réflexes tendineux dont il n'est, en quelque sorte, qu'une expression

plus délicate et plus élevée. Nous verrons plus loin les relations qui

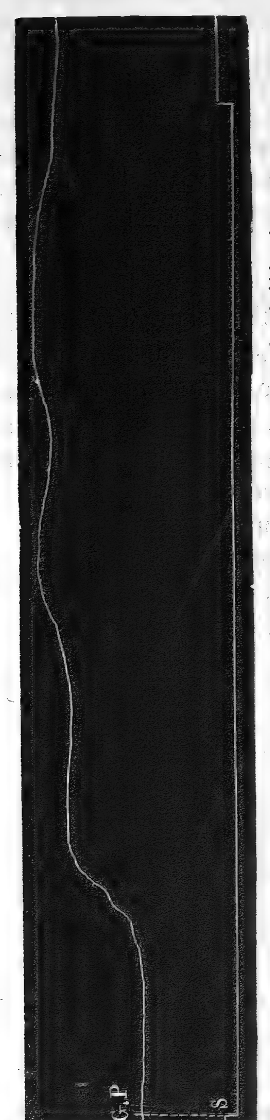


Fig. 106. — Contracture par pression légère exercée sur le tendon pendant la léthargie. *GP*, grand palmaire. — *S*, signal électrique indiquant le moment et la durée de la pression. (Vitesse moyenne.)

Fig. 107. — Contracture par pression brusque sur le tendon pendant la léthargie. *GP*, grand palmaire. — *S*, signal électrique indiquant lemoment et la durée de la pression (Vitesse moyenne.)

peuvent exister entre la contracture obtenue par l'excitation du tendon et celle qui suit l'excitation des nerfs ou du muscle lui même.

§ 2. — EXCITATION DES NERFS.

L'excitation mécanique des nerfs produit la contracture des muscles auxquels ils fournissent des rameaux. Afin d'éviter toute cause d'erreur et pour isoler, autant que possible, ce qui appartient à la seule excitation du nerf, nous avons choisi, pour les soumettre à l'expérimentation, des troncs nerveux assez volumineux et facilement accessibles à l'excitation mécanique.

Griffe cubitale. — Parmi les nerfs qui peuvent satisfaire à ces conditions, le nerf cubital dans la région du coude, est certainement un des plus favorablement situés. Il se trouve en effet logé dans une gouttière que lui fournissent l'olécrâne et l'épitrochlée, reposant sur un plan osseux résistant, recouvert seulement par la peau et éloigné de toute autre partie molle. Il est donc facile de l'atteindre sûrement.

Son excitation mécanique au moyen d'une simple pression faite avec le doigt, ou indifféremment avec l'extrémité d'un petit bâton, a donné

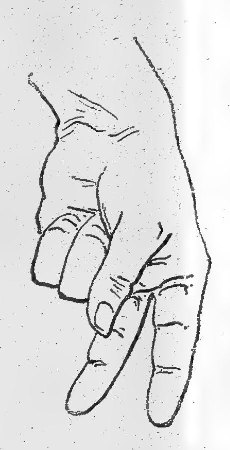


Fig. 108 — Griffe cubitale.

les résultats les plus décisifs et les plus conformes aux données de l'anatomie et de la physiologie.

Sous l'influence de cette excitation, la main se contracture dans une attitude spéciale, se rapprochant de l'attitude hiératique et représentée par la figure 108. Le poignet est légèrement fléchi et la main tout entière un peu entraînée vers le bord cubital. Les deux derniers doigts sont

complètement fléchis dans la paume de la main; le pouce, entraîné dans l'adduction, vient appuyer contre eux sa face palmaire, la phalangette dans l'extension et l'articulation métacarpo-phalangienne fléchie, pendant que les deux premiers doigts, index et médius, sont dans l'ex-



Fig. 109. — Griffe cubitale.

tension. Cette extension n'est pas toujours complète, le plus souvent l'articulation métacarpo-phalangienne est fléchie; il existe aussi parfois un très léger degré de flexion dans les autres articulations des doigts et principalement sur le médius.

D'autres fois, au contraire, ces deux doigts se placent dans une extension forcée. En tout cas, ils subissent un mouvement latéral assez prononcé, en vertu duquel ils s'écartent l'un de l'autre. Il arrive aussi quelquefois que la dernière phalange du pouce se fléchit et qu'elle se place dans la paume de la main recouverte alors par les deux doigts en flexion (fig. 109).

Au milieu de ces quelques variations qui peuvent dépendre, soit de variétés anatomiques individuelles, soit du degré d'intensité de l'excitation, soit de la diffusion de l'excitation ou de sa propagation à d'autres muscles par l'intermédiaire des anastomoses nerveuses, il est facile de dégager les caractères fondamentaux de la griffe cubitale : flexion des deux derniers doigts, adduction du pouce, extension et écartement des deux premiers doigts, index et médius.

Une attitude aussi caractéristique ne saurait être l'effet du hasard; elle trouve sa raison d'être dans la distribution spéciale des rameaux du nerf cubital aux muscles de l'avant-bras et de la main.

En effet, le nerf cubital fournit des rameaux aux muscles suivants : cubital antérieur; fléchisseur profond des doigts (les deux faisceaux

internes destinés au petit doigt et à l'annulaire reçoivent seuls leurs leurs rameaux nerveux du nerf cubital, le nerf médian innervant les faisceaux externes) : interosseux dorsaux et palmaires; muscles de l'éminence hypothénar; les deux derniers lombricaux; enfin l'adducteur du pouce.

D'un autre côté, la physiologie nous fournit sur l'action de chacun de ces muscles des données que nous résumons dans le tableau suivant :

Action individuelle de chacun des muscles innervés par le nerf cubital

Cubital antérieur. — Fléchisseur de la main sur l'avant-bras.

Fléchisseur profond des doigts (deux faisceaux int.). Fléchisseur des dernières phalanges des doigts.

Interosseux. — Adduction (palmaires) abduction (dorsaux) par rapport à l'axe de la main. Flexion des premières phalanges. Extension des deux dernières.

Muscles de l'éminence hypothénar (*abducteur et court fléchisseur du petit doigt*) agissent comme les interosseux.

Opposant du petit doigt. — Légère adduction du cinquième métacarpien.

Lombricaux (deux derniers). — Agissent comme les interosseux.

Adducteur du pouce. — Adduction du premier métacarpien. Flexion de la phalange et extension de la phalangette.

Nous pouvons déduire de là l'attitude spéciale que prendra la main, lorsque tous les muscles innervés par le nerf cubital entreront simultanément en action. Nous verrons que cette attitude ne saurait être autre que la *griffe cubitale* que nous avons décrite et qui trouve ainsi son explication dans les lois connues de la physiologie musculaire.

La *flexion de la main sur l'avant-bras* est due à l'action du cubital antérieur. Cette flexion n'est pas très énergique, parce que les deux autres muscles fléchisseurs du poignet, grand palmaire et petit palmaire, dont l'action est plus efficace, ne relèvent point du nerf cubital. Le cubital antérieur n'est pas adducteur d'après Duchenne (de Boulogne). Il ne se produit aucun mouvement de pronation ou de supination, les muscles qui président à ces mouvements, ne recevant aucun filet moteur du nerf cubital.

L'*adduction du pouce avec flexion de la phalange et extension de la phalangette* est évidemment due au muscle adducteur du pouce dont l'action peut s'effectuer librement.

Les interrosseux sont les seuls muscles innervés par le nerf cubital, de tous ceux qui meuvent l'index et le médius. Leur action ne saurait donc être gênée; et en effet, nous voyons dans la griffe cubitale l'*extension des deux dernières phalanges de l'index et du médius* existe avec un certain degré de *flexion des articulations métacarpo-phalangiennes.* — Le mouvement

d'adduction ou d'abduction des interosseux ne peut se produire que lorsque la flexion des premières phalanges est peu ou point accusée.

La *flexion des deux derniers doigts, annulaire et petit doigt*, est le résultat d'actions musculaires plus complexes. Les muscles innervés par le nerf cubital et qui ont quelqu'action sur ces deux doigts sont nombreux. Parmi les muscles fléchisseurs, le fléchisseur sublime est le seul qui doive demeurer étranger au mouvement de flexion ; il reçoit ses filets moteurs du nerf médian, et son action porte principalement sur les phalangines. Par contre, les phalangette sont fléchies par le fléchisseur profond et les phalanges par les interosseux, les lombricaux et deux des muscles de l'éminence hypothénar (adducteur et court fléchisseur). Le mouvement d'extension que ces derniers muscles (interosseux, lombricaux) impriment aux deux dernières phalanges est combattu par le fléchisseur profond qui, vu sa masse, doit l'emporter.

C'est ainsi qu'il est possible de donner d'une façon assez satisfaisante, pensons-nous, la raison physiologique de l'attitude des doigts et de la main dans la griffe cubitale.

D'ailleurs la faradisation, chez des sujets sains, du nerf cubital au niveau de l'épitrochlée, ne nous a pas donné des résultats plus précis. Bien au contraire, nous pouvons dire qu'en ceci l'hyperexcitabilité neuro-musculaire s'est montrée supérieure à la faradisation localisée. Et cela, pour deux raisons principalement : d'abord, la faradisation du nerf cubital demande une assez grande intensité du courant pour que l'excitation se transmette à tous les muscles innervés par lui ; ce qui n'a pas lieu sans une assez vive douleur. L'action électrique ne peut pour cette raison être maintenue au delà de quelques instants. En second lieu, la faradisation ne détermine qu'une contraction qui cesse avec elle, tandis que la contracture due à l'hyperexcitabilité neuro-musculaire persiste après l'excitation, et imprime de la sorte à la main une attitude qu'il est facile d'analyser.

La faradisation du nerf cubital en arrière de l'épitrochlée nous a donné des résultats variables suivant les sujets et aussi suivant le point exact d'application des électrodes. Après quelques tâtonnements, car il n'est pas facile d'y arriver du premier coup, nous avons pu obtenir l'attitude suivante, qui se rapproche beaucoup de la griffe cubitale que nous avons décrite (N'oublions pas que nous opérons ici, non plus sur des femmes hystériques, mais sur des hommes bien portants, des infirmiers complètement ignorants en anatomie et qui n'étaient nullement avertis de ce que nous voulions obtenir).

Les deux derniers doigts sont fléchis fortement dans leur articulation métacarpo-phalangienne, et phalango-phalanginienne ; le médius et l'index fléchis seulement dans leur articulation métacarpo-phalangienne (le médius un peu plus que l'index) sont étendus dans leurs deux autres

articulations et écartés l'un de l'autre. Cette flexion de la phalange de l'index et du médius est presque toujours plus marquée que dans la griffe de l'hyperexcitabilité ; le pouce est fortement attiré dans l'adduction et sa phalangette étendue vient appliquer sa face palmaire contre le bord externe du médius ; enfin, la main est légèrement fléchie et attirée vers le bord cubital de l'avant-bras.

Cette attitude que nous venons de décrire est parfaitement d'accord avec les connaissances anatomiques et physiologiques exposées plus haut. Mais nous devons ajouter que nous avons été loin de pouvoir la reproduire avec cette précision chez tous les sujets. Chez quelques-uns, cela nous a été complètement impossible. Le doigt médius, au lieu de rester dans l'extension, se plaçait dans la flexion complète à côté de l'annulaire ; l'index lui-même se fléchissait, mais à un moindre degré. Cette anomalie pourrait s'expliquer par une distribution plus étendue du nerf cubital au muscle fléchisseur profond dont les deux faisceaux externes habituellement innervés par le médian recevraient, en cette hypothèse, des rameaux du nerf cubital qui innerve déjà les deux faisceaux internes. On pourrait admettre aussi qu'il existe dans l'intérieur du muscle des anastomoses nombreuses entre les terminaisons du nerf cubital et celles du médian, et que, par l'intermédiaire de ces anastomoses, l'excitation portée sur le nerf cubital pourrait s'étendre plus ou moins aux ramifications voisines du médian.

Griffe médiane. — L'excitation du nerf médian un peu au-dessus du pli du coude donne des résultats analogues à ceux de l'excitation du cubital. La main prend alors une attitude qui trouve sa raison dans la distribution du nerf médian et la physiologie des muscles que ce nerf tient sous sa dépendance. Mais ici, la localisation est plus difficile ; entouré de parties molles, le nerf fuit l'excitation si elle n'est faite franchement et au bon endroit. D'un autre côté, il est bien difficile de ne pas exciter en même temps les parties voisines : muscles ou tendons. L'expérience est donc assez délicate, mais avec un peu d'habitude on arrive assez facilement à isoler l'action du nerf.

Nous rappellerons en quelques mots les notions anatomiques relatives à la distribution du nerf médian à l'avant-bras et à la main.

Le nerf médian fournit des rameaux aux muscles suivants : rond pronateur ; grand palmaire ; petit palmaire ; fléchisseur sublime ; fléchisseur propre du pouce ; fléchisseur profond des doigts (les deux faisceaux externes sont seuls innervés par le médian, les deux faisceaux internes étant innervés par le cubital) ; les deux lombricaux externes ;

le carré pronateur; enfin les muscles de l'éminence thénar moins l'adducteur du pouce innervé par le nerf cubital.

Quelle est maintenant l'action partielle de chacun de ces muscles? Comme nous avons fait pour le nerf cubital, nous résumerons ce que la physiologie nous apprend, à ce sujet, dans le tableau suivant :

Action partielle de chacun des muscles innervés par le nerf médian

Rond pronateur. — Pronateur et fléchisseur de l'avant-bras sur le bras. (Le mouvement de flexion est assez énergique lorsque l'avant-bras est maintenu en supination, mais lorsque le mouvement de pronation est fortement accusé la flexion se produit avec peu de force).

Carré pronateur. — Pronateur énergique.

Grand palmaire. Petit palmaire. — Fléchisseurs de la main sur l'avant-bras.

Fléchisseur superficiel des doigts. — Fléchisseur des secondes phalanges des doigts.

Fléchisseur propre du pouce. — Fléchisseur de la phalangette du pouce.

Fléchisseur profond des doigts (dont les deux faisceaux qui correspondent à l'index et au médius sont seuls innervés par le médian). — Fléchisseur des troisièmes phalanges des doigts.

Lombricaux (dont les deux premiers sont innervés seulement par le médian). — Extenseurs des deux dernières phalanges et fléchisseurs de la première phalange.

Muscles de l'éminence thénar qui se rendent au côté externe de la phalange du pouce (*court abducteur et portion externe du court fléchisseur*). — Métacarpien dirigé en avant et un peu en dedans — flexion de la première phalange en même temps que inclinaison sur le côté externe et rotation de dehors en dedans — extension de la dernière phalange.

Opposant. — Flexion et adduction du premier métacarpien — action nulle sur les phalanges.

Nous pouvons déduire de ce qui précède l'attitude que prendra le membre sous l'influence de l'action combinée de tous les muscles innervés par le médian. *A priori*, l'excitation du tronc nerveux lui-même produira les mouvements suivants :

Flexion de l'avant-bras sur le bras peu accusée, car un seul fléchisseur entre en action (rond pronateur) et encore est-il peu fléchisseur lorsque le mouvement de pronation est énergique comme nous le verrons tout à l'heure.

Pronation énergique. — Aucun des muscles innervés par le médian n'est supinateur, et ne peut par cela même contrebalancer l'action des deux muscles pronateurs (rond pronateur et carré pronateur).

Flexion de la main sur l'avant-bras. — Sur trois muscles fléchisseurs de la main sur l'avant-bras (qui sont le grand palmaire, le petit palmaire et

le cubital antérieur) deux sont innervés par le médian. Ce sont les deux palmaires.

Flexion des doigts. — A un degré différent pour l'index et le médius d'une part, et pour l'annulaire et le petit doigt d'une autre part.

La flexion de l'annulaire et du petit doigt est très légère, elle doit porter exclusivement sur les deuxièmes phalanges et est due à l'action du fléchisseur sublime. Les deux faisceaux du fléchisseur profond dont l'action porte sur les troisièmes phalanges sont innervés par le cubital. Il en est de même des interosseux et des lombricaux qui fléchissent les premières phalanges.

La flexion de l'index et du médius est complète et porte sur leurs trois segments. — Les phalangettes sont fléchies par le fléchisseur profond, les phalangines par le fléchisseur sublime, et les phalanges par les lombricaux qui suppléent les interosseux innervés par le nerf cubital et dont l'action d'extension sur les deux dernières phalanges est largement annulée par la puissance de flexion des deux fléchisseurs (sublime et profond).

Opposition du pouce avec flexion de la première phalange et peut-être de la deuxième. — Le mouvement d'opposition est exécuté par les faisceaux des muscles de l'éminence thénar qui s'attachent au côté externe de la phalange. Ces mêmes muscles à la manière des interosseux fléchissent la phalange sur le métacarpien et étendent la deuxième phalange sur la première. Ce mouvement de flexion de la première phalange s'exécute avec d'autant plus d'énergie qu'il n'est contrebalancé par aucun des muscles extenseurs; il n'en est pas de même du mouvement d'extension de la deuxième phalange sur la première qui peut se trouver annulé par l'action du fléchisseur propre du pouce. Ce dernier muscle, en raison de sa masse musculaire, paraît même devoir l'emporter.

En résumé, l'excitation du médian doit donner lieu aux mouvements suivants :

1° Pronation ;

2° Flexion de la main sur l'avant-bras ;

3° Flexion des doigts complète pour l'index et le médius, incomplète pour l'annulaire et le petit doigt;

4° Opposition du pouce avec flexion de la phalange et peut-être aussi de la phalangette.

Voici maintenant l'attitude qu'a prise la main sous l'influence de l'excitation mécanique du médian pendant l'état d'hyperexcitabilité neuromusculaire et que nous désignerons sous le nom de *griffe médiane.*

Nous verrons qu'elle est parfaitement d'accord avec les données anatomiques et physiologiques que nous venons d'exposer.

L'avant-bras se met en pronation forcée et ce mouvement de pronation est tellement intense que la flexion légère de l'avant-bras ne saurait exister.

Le poignet est fléchi.

Le pouce, par un mouvement d'opposition, vient se placer dans la paume de la main, mais la phalangette est dans une situation intermédiaire entre l'extension et la flexion.



Fig. 110. — Griffe médiane.

Cette position du pouce s'oppose souvent à la flexion complète de l'index et du médius, ainsi qu'on le voit sur la figure (fig. 110). Les deux derniers doigts (annulaire et petit doigt) sont incomplètement fléchis. Nous avons vu parfois la flexion des doigts s'accuser bien davan-



Fig. 111. — Griffe médiane.

tage et la main prendre complètement l'attitude du poing fermé (fig. 111).

Si l'excitation a été intense ou prolongée, le mouvement de pronation forcée de l'avant-bras tend à s'exagérer encore s'il est possible; on voit alors l'action s'étendre à des muscles en dehors de la sphère du médian, aux muscles de l'épaule rotateurs de l'humérus, et le mouvement de

pronation est continué, pour ainsi dire, par un mouvement de rotation du bras de dehors en dedans, de telle façon que la main, ayant subi un tour complet, revient présenter en avant sa face palmaire.

Griffe radiale. — Le nerf radial n'échappe pas à la loi et son excitation au sortir de la gouttière de torsion de l'humérus donne les résultats que la distribution de ses rameaux peut facilement faire prévoir.

Le nerf radial innerve sans exception tous les muscles de la région postérieure de l'avant-bras. Ce sont les muscles : long supinateur ; les deux radiaux externes ; court supinateur ; anconé ; cubital postérieur ; extenseur propre du petit doigt ; extenseur commun ; extenseur propre de l'index ; long extenseur du pouce ; court extenseur du pouce ; et long abducteur du pouce.

De tous ces muscles un seul est fléchisseur et encore dans de certaines limites : c'est le long supinateur qui est d'abord demi pronateur de l'avant-bras, puis fléchisseur de l'avant-bras sur le bras. L'action de

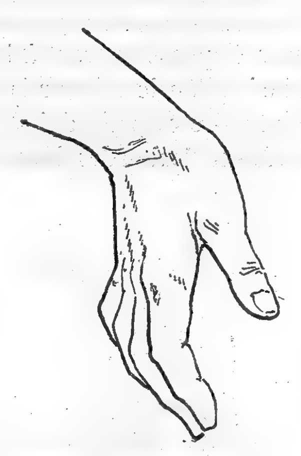


Fig. 112. — Griffe radiale.

ce muscle doit être complètement annulée et par l'anconé qui est extenseur énergique de l'avant-bras sur le bras, et par le court supinateur qui seul préside efficacement au mouvement de supination.

Les autres muscles innervés par le radial sont tous extenseurs : les uns du poignet (cubital postérieur et les deux radiaux), les autres des doigts (extenseur commun et les deux extenseurs propres) : ces derniers muscles, d'après Duchenne (de Boulogne), étendent énergiquemant les premières phalanges et n'ont qu'une action très faible sur les deux dernières.

Les trois muscles du pouce, agissant simulanément, déterminent l'extension complète des différents segments de ce doigt et doivent le maintenir dans une situation intermédiaire entre l'adduction et l'abduction.

L'expérience confirme pleinement ces données déduites, par le raisonnement, de l'action physiologique de chacun des muscles innervés par le nerf radial.

En effet, l'attitude que prend la main, sous l'influence de l'excitation mécanique du nerf radial au point indiqué, a pour caractères (fig. 112) :

a) La supination de l'avant-bras;

b) L'extension du poignet;

c) L'extension de tous les doigts. Cette extension porte principalement sur les premières phalanges, les deux dernières étant légèrement fléchies;

d) Le pouce est dans l'extension et dans une situation intermédiaire entre l'adduction et l'abduction.

§ 3. — EXCITATION DES MUSCLES

L'expérience a montré que la malaxation ou la simple pression des masses musculaires amenait la contracture des muscles excités. Mais, dans ce cas, la contracture est-elle la conséquence de l'excitation directe de la fibre musculaire elle-même, ou bien suit-elle l'excitation des petits rameaux nerveux et de leurs terminaisons dans la substance du muscle? La solution de ce problème ne saurait être demandée aux seules données de l'expérimentation. Pour un certain nombre de raisons qui ressortiront aisément des faits que nous allons exposer, nous inclinons à penser que la contracture est ici, comme ailleurs, le résultat d'une excitation nerveuse de nature réflexe.

Quoi qu'il en soit, la contracture qui suit l'excitation mécanique du muscle est facile à démontrer chez les sujets hypnotisés qui se trouvent dans les conditions requises d'hyperexcitabilité neuro-musculaire.

La figure 113 est la représentation d'une expérience tentée avec succès dès le début de nos recherches (en 1878), et depuis répétée bien des fois sur un grand nombre de sujets. Il suffit d'exercer une friction sur le corps du sterno-mastoïdien, ou une simple pression sur un point de ses fibres, pour que ce muscle entre en contracture, imprimant à la tête le mouvement de rotation prévu d'après les données de la physiologie musculaire, et l'immobilisant au terme de son mouvement dans l'attitude figurée ci-contre (fig. 113). — On distingue parfaitement la corde saillante formée par le muscle contracturé dont les deux extrémités, en

se rapprochant, tendent à se placer sur la même verticale. Il en résulte que la tête subit un mouvement de rotation, en vertu duquel la face se trouve dirigée latéralement du côté opposé au muscle directement excité.

Pour faire cesser cette contracture, il suffit de porter une semblable excitation sur le sterno-mastoïdien du côté opposé, et la tête est



Fig. 113.

ramenée dans la situation droite. En excitant à la fois les deux sterno-mastoïdiens, la tête se renverse et est immobilisée bientôt dans l'extension forcée, le cou saillant. Tous les muscles qui, par leur situation superficielle, permettent à l'excitation mécanique de les atteindre facilement, se comportent de la même façon. Par exemple, l'excitation portée sur le trapèze sur les côtés du cou, amène l'élévation en masse de tout le moignon de l'épaule ; le deltoïde élève le bras en dehors, le biceps fléchit l'avant-bras, etc...

Il résulte des expériences faites sur les muscles larges et fasciculés, tels que le deltoïde, que :

a) L'excitation portée sur un point, même limité, du muscle produit sa contracture en masse (tandis qu'à l'aide de la faradisation il est facile de faire contracter isolément les différents faisceaux d'un même muscle).

b) La contracture d'un muscle, provoquée dans ces conditions, entraîne presque toujours l'action simultanée des muscles qui lui sont synergiques. Ce qui se passe lors de l'excitation portée sur le deltoïde en est un exemple concluant. Nous savons, d'après les recherches de Duchenne (de Boulogne) que, physiologiquement, le deltoïde ne se contracte jamais seul. Son action élévatrice de l'humérus est toujours accompagnée d'une action synergique du grand dentelé et du trapèze, action qui a pour but de maintenir l'omoplate solidement appliqué au thorax et qui lui fait subir un mouvement de bascule, en vertu duquel son angle inférieur est porté en dehors.

La contraction isolée du deltoïde ou moyen de la faradisation démontre l'importance de cette action synergique. Dans ce cas, en effet, en même temps que l'humérus est élevé, le deltoïde abaisse la partie de l'omoplate sur laquelle il prend insertion, de façon que le bord spinal de cet os s'éloigne du thorax et que son angle inférieur se rapproche de la colonne vertébrale. Cette attitude vicieuse de l'omoplate, qui ne manque jamais alors que la faradisation est localisée au deltoïde, ne se produit pas lorsque ce même muscle est contracturé par l'excitation mécanique dans l'état d'hyperexcitabilité neuro-musculaire. L'omoplate, au contraire, prend alors l'attitude physiologique, trahissant ainsi la contracture simultanée des muscles synergiques, trapèze et grand dentelé, bien que ces derniers muscles n'aient subi aucune excitation directe.

L'expérimentation sur les muscles de l'avant-bras et de la main est plus complexe, et cela pour plusieurs raisons faciles à saisir : les muscles sont de petit volume et réunis en grand nombre dans un petit espace ; en plusieurs points, il y a superposition de plusieurs muscles, de sorte qu'il est difficile que la pression d'un muscle superficiel ne retentisse pas sur les muscles profonds ; les actions synergiques y sont multiples ; enfin, il existe de nombreuses ramifications nerveuses qu'il est difficile d'éviter.

Néanmoins, nos expériences nous ont donné des résultats fort précis. Lorsque, par la simple pression avec l'extrémité mousse d'un petit bâton, on cherche à mettre en action isolément les différents muscles de l'avant-bras d'une hystérique hypnotisée et présentant l'état nerveux spécial favorable à ce genre de recherches on arrive bientôt à délimiter un certain nombre de zones parfaitement circonscrites, dont l'excitation amène, avec le plus de précision et de sûreté, le résultat voulu. Ces zones se confondent avec ce que l'on désigne en électro-physiologie sous le nom de *points d'élection* pour l'excitation partielle des muscles.

Instruit par une longue pratique, Duchenne (de Boulogne) possédait à fond cette science de localiser exactement l'action électrique sur un muscle ou sur un faisceau musculaire. Il put ainsi démontrer clairement l'action partielle, jusque-là inconnue, d'un certain nombre de muscles et doter la physiologie des mouvements d'importantes découvertes. Mais ces points d'élection ne sont pas toujours faciles à trouver et une règle fixe manque à cet égard. Il est vrai, ainsi que l'ont fait remarquer Remak et Ziemssen que, souvent, le siège de ces points possède une raison anatomique et qu'ils correspondent aux points d'immergence ou d'émergence des nerfs musculaires et Duchenne

n'ignorait point cette relation. Mais ce rapport, indiqué par l'anatomie, n'est pas constant, et il existe, en outre, des points d'élection que les relations anatomiques ne suffisent pas à expliquer, où les rhéophores doivent être placés et qu'il faut avoir cherchés empiriquement pour les bien connaître. Nous ajouterons qu'au sujet des points d'élection dont le siège paraît indiqué d'avance par la topographie nerveuse de la région, il faut encore compter avec les variations individuelles fréquentes dans la distribution des rameaux nerveux.

La localisation de l'excitation mécanique dans les cas d'hyperexcitabilité neuro-musculaire n'échappe pas aux difficultés que nous venons de signaler, et l'on ne saurait exiger plus de précision de ce nouveau mode de recherches qu'on ne fait d'ordinaire pour la faradisation localisée. Nous avons, d'ailleurs, cherché dans l'emploi de la faradisation d'après le procédé de Duchenne (de Boulogne), un moyen de contrôle.

Tantôt nous avons déterminé, sur l'avant-bras d'une hystérique, par exemple, un certain nombre de points dont l'excitation électrique produisait une action bien limitée; ces points étaient marqués. Puis, immédiatement ou le lendemain, quelques jours après même, alors que la malade avait certainement perdu le souvenir de nos recherches, nous l'endormions et nous pouvions constater alors que l'excitation mécanique des mêmes points moteurs amenait des résultats semblables à ceux que produisaient, pendant la veille, l'électrisation, avec cette différence toutefois que la contraction était remplacée par une contracture.

Tantôt, nous faisions l'expérience inverse, et, après avoir marqué les points dont l'action nous avait été révélée dans l'hypnotisme par l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, nous constations ensuite, pendant la veille, avec l'excitation électrique, que l'action de ces mêmes points était bien celle qui avait été observée.

Nous avons naturellement cherché sur l'avant-bras, pour répéter ces expériences, les points moteurs dont l'existence, d'après les électropathes, était le moins susceptible de variations et qui possédaient une action bien caractéristique, facilement appréciable.

Nous les avons représentés sur les schémas ci-joints (fig. 114 et fig. 115).

A la face antérieure : le rond pronateur; le grand palmaire; le petit palmaire; les fléchisseurs communs; le fléchisseur propre du pouce. A la région externe : le long supinateur; les radiaux externes.

A la région postérieure : l'extenseur commun; l'extenseur propre de l'index; l'extenseur propre du petit doigt; le cubital postérieur.

Des trois muscles du pouce, le long extenseur nous a donné les résultats les plus précis. Le point d'excitation commun à l'extenseur du pouce et à celui de l'index a été facilement trouvé.

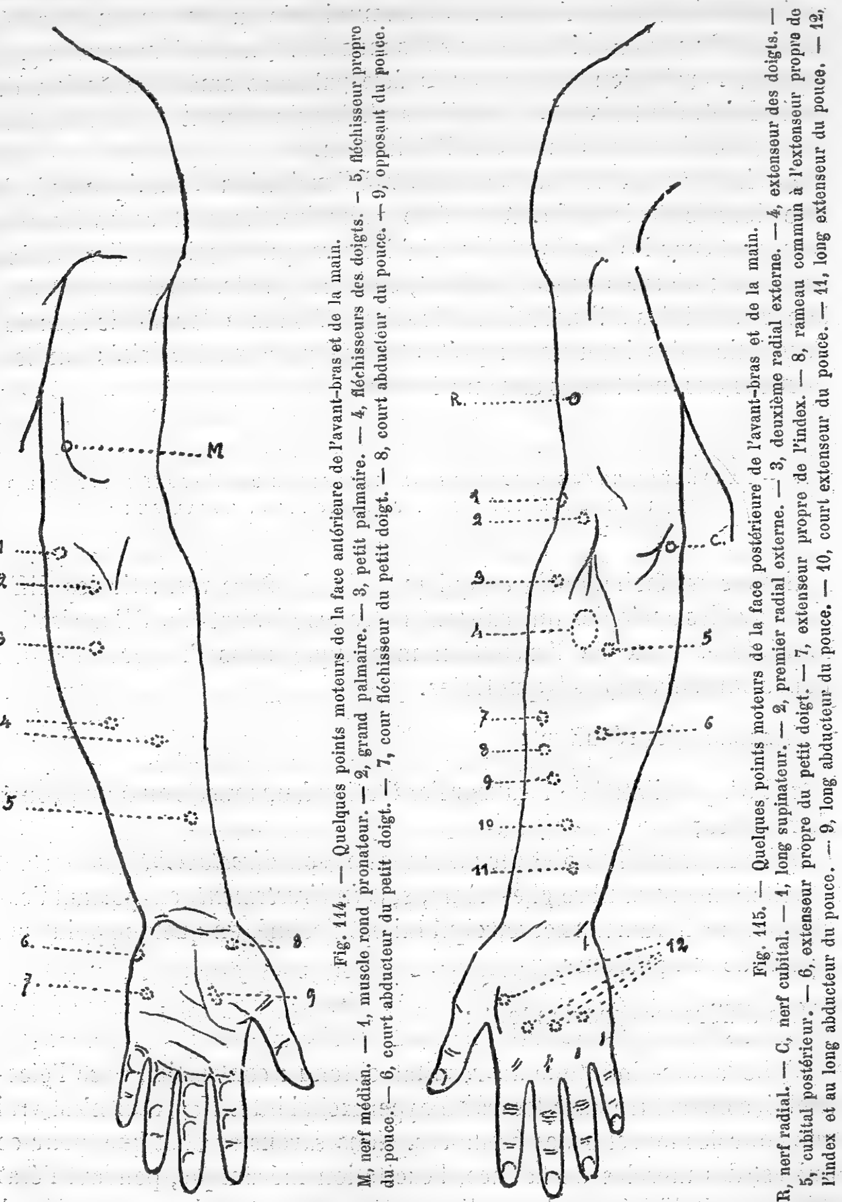


Fig. 114. — Quelques points moteurs de la face antérieure de l'avant-bras et de la main.

M, nerf médian. — 1, muscle rond pronateur. — 2, grand palmaire. — 3, petit palmaire. — 4, fléchisseurs des doigts. — 5, fléchisseur propre du pouce. — 6, court abducteur du petit doigt. — 7, cour fléchisseur du petit doigt. — 8, court abducteur du pouce. — 9, opposant du pouce.

Fig. 115. — Quelques points moteurs de la face postérieure de l'avant-bras et de la main.

R, nerf radial. — C, nerf cubital. — 1, long supinateur. — 2, premier radial externe. — 3, deuxième radial externe. — 4, extenseur des doigts. — 5, cubital postérieur. — 6, extenseur propre du petit doigt. — 7, extenseur propre de l'index. — 8, rameau commun à l'extenseur propre de l'index et au long abducteur du pouce. — 9, long abducteur du pouce. — 10, court extenseur du pouce. — 11, long extenseur du pouce. — 12, interosseux.

L'action partielle de ces différents muscles est trop connue depuis les recherches de Duchenne (de Boulogne) pour que nous y insistions

ici. A la main, l'excitation des muscles de l'éminence thénar produit, suivant le point d'application, l'adduction ou l'opposition du pouce, mais il s'y ajoute souvent un mouvement de flexion de la phalangette, dû vraisemblablement à l'excitation communiquée au tendon du long fléchisseur du pouce qui passe sous ces muscles. Quant à l'éminence hypothénar, l'excitation portée sur la face palmaire amène la flexion du petit doigt, dont les deux dernières phalanges restent étendues, et au bord cubital, le mouvement de l'abduction.

Les interosseux ne sont accessibles à l'excitation mécanique qu'à la face dorsale de la main. A la face palmaire, ils sont complètement recouverts par les tendons des fléchisseurs qui reçoivent l'excitation avant eux; nous avons vu plus haut, en effet, que les tendons sont également sensibles à l'excitation mécanique. A la face dorsale de la main, l'excitation des interosseux présente quelques particularités sur lesquelles nous insisterons dans un instant.

§ 4. — PARALLÈLE ENTRE L'EXCITATION MÉCANIQUE DE L'HYPEREXCITABILITÉ NEURO-MUSCULAIRE ET LA FARADISATION LOCALISÉE

Il nous est facile, après ce qui précède, de faire ressortir les différences et les analogies qui existent entre les résultats de l'électrisation localisée et ceux de l'excitation mécanique dans l'hyperexcitabilité neuro-musculaire des hypnotisées.

Les analogies résultent:

a) De la possibilité de localiser l'excitation à un muscle ou à un groupe de muscles;

b) De la possibilité d'exciter un muscle, soit *directement*, en portant l'excitation sur sa fibre elle-même, soit *indirectement*, en portant l'excitation sur le rameau nerveux qui lui est destiné, en quelque point que ce soit de son parcours.

Les différences proviennent :

a) De la non-similitude du résultat obtenu : contraction avec l'électricité, contracture dans les cas d'hyperexcitabilité. Mais ceci n'est vrai que pour les muscles des membres. Nous savons en effet que, pour ce qui est des muscles de la face, l'excitation mécanique, pendant l'état d'hyperexcitabilité, ne donne lieu qu'à une contraction et non plus à une contracture;

b) Du degré de localisation de l'excitant dans les différents faisceaux

d'un même muscle. Il est facile de localiser l'excitation électrique dans une partie seulement d'un muscle large et fasciculé, tandis que, dans l'état d'hyperexcitabilité, la contraction totale de ce même muscle suit toujours l'excitation mécanique partielle d'un seul de ses faisceaux;

c) De la propagation de l'excitation. Dans l'état d'hyperexcitabilité, le mouvement d'un muscle s'accompagne ordinairement de l'action des muscles qui lui sont synergiques, sans que l'excitation ait été portée sur ces derniers; ce qui n'a pas lieu dans l'électrisation localisée;

d) De l'excitabilité tendineuse spéciale sur laquelle nous avons insisté en commençant et qui n'existe que dans l'état d'hyperexcitabilité.

Il résulte de tout cela que la localisation est plus difficile à obtenir, dans l'état d'hyperexcitabilité neuro-musculaire, par l'excitation mécanique, que, pendant la veille, par la faradisation. Elle n'est possible que pour les muscles superficiels, elle n'est réellement facile que pour ceux dont les tendons ou le corps charnu sont suffisamment isolés, c'est-à-dire éloignés de toute autre partie également excitable par les mêmes procédés. Quelques exemples feront bien comprendre. En comprimant un muscle superficiel, la pression, pourvu qu'elle soit un peu intense, se communiquera aux organes sous-jacents qui pourront, par suite, participer à la même excitation, que ce soit un autre muscle, un nerf ou un tendon. Ainsi, en comprimant le tendon du grand palmaire, le poignet commence par se fléchir seul, mais, si l'on insiste un peu, à mesure que la flexion du poignet augmente, les doigts se ferment par degrés, ce qu'il est facile d'expliquer par la compression des tendons des muscles fléchisseurs qui sont au-dessous.

Lorsqu'on cherche à exciter les muscles interosseux en comprimant sur le dos de la main, au niveau des espaces interosseux, au point d'élection marqué pour l'excitation électrique, le résultat obtenu paraît, de prime abord, en opposition avec les données de la physiologie. En effet, on observe bien un écartement des deux doigts correspondants, mais l'extension des doigts est complète et porte aussi bien sur l'articulation métacarpo-phalangienne que sur les deux autres, tandis que l'électrisation localisée nous a appris que les muscles interosseux, en même temps qu'ils étendent la phalangine et la phalangette, sont fléchisseurs de la phalange sur le métacarpien.

Cette anomalie apparente nous paraît s'expliquer assez facilement par la présence, sur le dos de la main, des tendons extenseurs et des brides aponévrotiques qui les relient. Il est impossible, lorsqu'une pression assez forte est exercée au niveau des espaces interosseux, de ne pas exciter mécaniquement en même temps les organes tendineux voisins.

Mais, si l'on peut éviter les causes d'erreur dont nous parlons, si

l'organe à exciter, tendon, nerf ou muscle, se trouve parfaitement seul intéressé, l'hyperexcitabilité neuro-musculaire peut nous rendre témoins de phénomènes de localisation d'une précision qui ne laisse rien à désirer. Il va sans dire qu'il faut toujours compter avec les actions synergiques; mais, loin de nuire au mouvement que l'on cherche à obtenir, ces actions, dans la plupart des cas, ne font que l'accuser davantage.

En résumé, il existe pour la localisation de l'excitation mécanique dans l'état d'hyperexcitabilité neuro-musculaire et pour la faradisation localisée, des difficultés communes.

Ces difficultés résultent :

a) Des variétés individuelles dans la distribution des nerfs moteurs;
b) Des variations que subissent, suivant les individus, les points d'élection pour l'excitation partielle des muscles;
c) De la diffusion de l'excitant qui, lorsque son intensité n'est pas exactement mesurée, peut gagner les organes voisins, nerfs ou muscles.

A ces difficultés s'ajoutent, au sujet de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, celles qui résultent de l'excitabilité spéciale des fibres tendineuses et de la synergie musculaire.

Mais, ces circonstances, une fois connues et parfaitement définies, n'enlèvent rien, pensons-nous, au degré de certitude de nos recherches, pas plus que les difficultés signalées plus haut n'infirment les résultats qu'a fournis, entre les mains de Duchenne (de Boulogne), la faradisation localisée.

§ 5. — DE L'HYPEREXCITABILITÉ NEURO-MUSCULAIRE DE LA FACE

A la face, les conditions de l'expérimentation sont un peu moins complexes. Les muscles sont superficiels, disposés le plus souvent en une seule couche, et, par là même, facilement accessibles à l'excitation mécanique. De plus, il n'existe pas de tendon dont l'excitation de voisinage puisse contrarier, masquer ou même empêcher complètement le résultat cherché.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, les muscles de la face, pendant la phase d'hyperexcitabilité neuro-musculaire, se comportent d'une autre manière que les muscles du corps. Ils sont également susceptibles d'être excités mécaniquement. Une simple pression, exercée directement sur le muscle lui-même ou sur le rameau nerveux qui l'innerve, met les fibres musculaires en action, mais la contraction ainsi provo-

quée ne persiste pas d'ordinaire après l'excitation et *ne se transforme jamais en contracture permanente.*

Ce mode de réaction des muscles de la face à l'excitant mécanique est une analogie de plus avec ce qui se passe dans l'emploi de la faradisation localisée. Ce rapprochement nous a remis en mémoire les belles expériences de Duchenne (de Boulogne) sur l'action partielle des muscles de la face, et la part qui revient à chacun d'eux dans l'expression des passions; et, sans appareil faradique, remplaçant les électrodes par de simples petites baguettes, nous avons pu les reproduire en partie avec une grande précision.

Nous avons cherché à produire la contraction isolée de chaque muscle par l'excitation des points d'élection indiqués par Duchenne (de Boulogne). Nous nous sommes heurtés aux mêmes difficultés que lui, et, avec quelque soin, nous avons pu les surmonter. Ces difficultés résultent, suivant Duchenne :

1° Des variations individuelles dans la distribution des nerfs de la face, qui peuvent faire rencontrer une branche nerveuse destinée à mettre en mouvement un plus ou moins grand nombre de muscles, ce que l'on reconnaît à leur contraction simultanée. Il suffit dans ce cas, de déplacer le rhéophore d'un ou deux millimètres pour éviter cette contraction complexe.

2° De l'emploi d'un courant trop intense et qui pénètre trop profondément. La figure 6 de l'ouvrage de Duchenne représente un exemple de non-localisation dans l'emploi du courant faradique. « Le rhéophore, dit Duchenne, placé au niveau du grand zygomatique, aurait dû produire la contraction isolée de ce muscle, ainsi qu'on l'observera dans la figure 30; mais le courant trop intense, ayant pénétré profondément jusqu'à la branche temporo-faciale de la septième paire, a provoqué la contraction en masse des muscles innervés par ce tronc nerveux et n'a pu produire qu'une grimace. »

La même chose arrive avec l'excitant mécanique, dans les cas d'hyperexcitabilité neuro-musculaire, lorsque la pression exercée dépasse certaines limites qui varient suivant les malades et que l'habitude seule permet d'apprécier.

Il existe cependant quelques différences entre les résultats que nous avons obtenus et ceux que donne la faradisation localisée. Elles ressortiront clairement des quelques propositions dans lesquelles nous allons résumer les nombreuses expériences que nous avons faites à ce sujet :

1° La localisation la plus exacte est obtenue à l'aide d'une *pression modérée*, pratiquée avec l'extrémité arrondie d'un petit bâton. Si l'ex-

citation est trop légère, de façon à ne consister qu'en un grattement superficiel de la peau, elle retentit presque toujours sur un plus ou moins grand nombre de muscles voisins de la région excitée et parfois sur quelques muscles éloignés. Dans ce cas, la contraction musculaire est fugace et peu accusée, c'est un simple frémissement musculaire ou bien une série de petites convulsions cloniques qui se rapprochent du tremblement. — Une excitation trop forte se propage souvent à quelques muscles voisins;

2° La contraction du muscle cesse le plus souvent en même temps que la pression. Elle persiste quelquefois très peu de temps après que l'excitation a cessé, surtout si l'on a un peu insisté, mais elle ne se transforme jamais en contracture. Le muscle peaussier est celui dont la contraction se maintient le plus longtemps, tenant en quelque sorte le milieu entre les muscles des membres et ceux de la face;

3° Malgré la persistance de l'excitation, l'action produite ne tarde pas à s'épuiser. Tout en maintenant la pression à un degré égal sur le point qui a provoqué la contraction du muscle, on ne tarde pas à voir celle-ci s'effacer peu à peu et finir par disparaître complètement;

4° L'excitation unilatérale d'un muscle pair s'obtient le plus souvent fort aisément; mais, il arrive parfois que l'excitation retentit sur le muscle homologue du côté opposé, qui se contracte alors toujours plus faiblement. Il nous a semblé que cette loi de synergie des muscles pairs se manifestait d'autant plus facilement que ces muscles pairs étaient situés plus près de la ligne médiane. En tout cas, nous avons bien des fois remarqué qu'une double excitation, portée à la fois sur les deux muscles pairs, donnait lieu à une exagération du mouvement obtenu avec l'excitation unilatérale;

5° Il est possible de faire contracter à la fois plusieurs muscles, de façon à reproduire les *contractions combinées expressives* ou les *contractions combinées inexpressives*, pour nous servir des dénominations employées par Duchenne;

6° Enfin je ferai remarquer qu'à part l'action synergique des muscles pairs constatée plus haut; d'où il résulte qu'une excitation unilatérale retentit à un certain degré sur le muscle homologue du côté opposé, l'action musculaire due à l'hyperexcitabilité neuro-musculaire reste exactement localisée au point directement excité, ressemblant en cela à ce qui a lieu avec la faradisation localisée. Sur ce point nos recherches ne diffèrent en rien de celles de Duchenne (de Boulogne), et bien qu'avec un moyen différent, nous arrivons au même résultat. Dans les contractions combinées expressives, l'excitation demande à être portée simultanément sur les différents muscles qui concourent à la même expres-

sion. En aucun cas l'action d'un seul de ces muscles n'entraîne celle des autres muscles dont le concours est nécessaire pour rendre une expression donnée. Cette remarque que je fais ici par anticipation trouvera son application plus loin, lorsque nous étudierons l'action de la faradisation localisée aux muscles de la face pendant l'état cataleptique.

Toutes les malades susceptibles d'être hypnotisées sont loin de présenter à un même degré l'hyperexcitabilité neuro-musculaire de la face. Chez le plus grand nombre même, elle n'existe pas, pendant qu'elle se montre très développée aux membres. Depuis que nous poursuivons ces études, nous pouvons cependant citer plusieurs sujets (quatre au moins sur vingt environ) qui ont présenté ce phénomène à un haut degré de développement, et avec des caractères absolument identiques.

En ce moment, parmi les malades soumises à notre observation, Witt... est celle qui présente l'hyperexcitabilité neuro-musculaire de la face au plus haut degré de développement, et la plupart des expériences que nous allons rapporter ont été faites sur elle.

Nous suivrons pas à pas Duchenne (de Boulogne) dans ses expériences électro-physiologiques sur l'action des muscles de la face, et nous mettrons en regard, d'un côté, les résultats qu'a donnés, entre ses mains, la faradisation localisée, et, d'un autre côté, ceux auxquels nous sommes arrivés par l'emploi de la seule excitation mécanique pendant la léthargie provoquée chez nos malades.

Nous avons fait photographier un grand nombre de nos expériences; l'épreuve photographique possède un caractère de vérité irrécusable. On trouvera dans les *Archives de neurologie*[1] les reproductions par l'hélio-

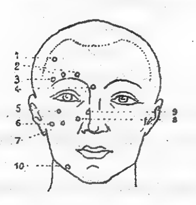


Fig. 116. — Points moteurs des principaux muscles de la face.
1, frontal. — 2, sourcillier. — 3, orbiculaire palpébral supérieur. — 4, pyramidal du nez. — 5, palpébral inférieur. — 6, grand zygomatique. — 7, petit zygomatique. — 8, élévateur commun de l'aile du nez et de la lèvre supérieure. — 9, transverse du nez, — 10, triangulaire des lèvres.

gravure des principales de nos expériences. Je me contenterai d'en donner ici une idée par quelques figures au trait que j'ai dessinées aussi fidèlement que possible d'après les photographies.

D'après les recherches de Duchenne (de Boulogne), quatre muscles

1. Année 1881, t. II.

de la face ont le privilège de peindre complètement, par leur action isolée, une expression qui leur est propre. Ces muscles occupent la partie supérieure du visage et impriment tous au sourcil un mouvement particulier. Ce sont : le frontal, l'orbiculaire palpébral supérieur, le sourcillier et le pyramidal du nez. Les points d'élection sur lesquels Duchenne appliquait l'électrode pour amener la contraction partielle de chacun de ces muscles sont indiqués sur le schéma (fig. 116).

Leur action individuelle sur les traits de la face est résumée dans les schémas suivants :

1° Frontal : *Muscle de l'attention* (fig. 117). — Sa contraction pro-

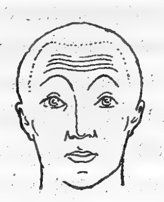


Fig. 117. — Contraction du muscle frontal.
Muscle de l'attention, de Duchenne.

duit sur les traits de la face les modifications suivantes : *Lignes fondamentales :* élévation et courbe du sourcil : *Lignes secondaires :* plis frontaux curvilignes et concentriques à l'arc du sourcil;

2° Orbiculaire palpébral supérieur : *Muscle de la réflexion*

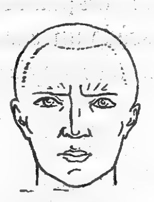


Fig. 118. — Contraction du muscle orbiculaire palpébral supérieur.
Muscle de la réflexion, de Duchenne.

(fig. 118). — Abaissement du sourcil en masse et effacement des rides frontales. Le sourcil devient rectiligne; plis verticaux sur le front; redressement des poils du sourcil;

3° Sourcillier : *Muscle de la douleur* (fig. 119). — La tête du sourcil, gonflée, s'élève en formant un relief qui se prolonge un peu sur le front. Le sourcil prend une direction oblique de haut en bas et de dedans en dehors. Il affecte la forme d'une ligne sinueuse composée de deux courbes : l'une interne à concavité supérieure, l'autre externe à concavité inférieure. — Plis transversaux de la partie médiane du front qui devient lisse au-dessus de la moitié externe du sourcil. — Au-dessous des sourcils, la peau est tendue au niveau de la tête et dans l'espace

intersourcillier, tandis qu'elle est refoulée en bas dans la partie qui correspond à leurs deux tiers externes;

4° Pyramidal du nez : *Muscle de l'agression* (fig. 120). — La tête du

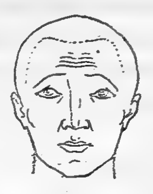


Fig. 119. — Contraction du muscle sourcilier. Muscle de la douleur, de Duchenne.

sourcil est tirée en bas, la moitié interne du sourcil dirigée de haut en bas et de dehors en dedans; — la peau de la partie médiane du front est lisse et tendue; — plis transversaux à la racine du nez.



Fig. 120. — Contraction du pyramidal du nez. Muscle de l'agression, de Duchenne.

Chez notre malade hypnotisée, l'excitation de ces mêmes muscles, par une simple pression exercée sur les points d'élection, nous a donné les résultats suivants :

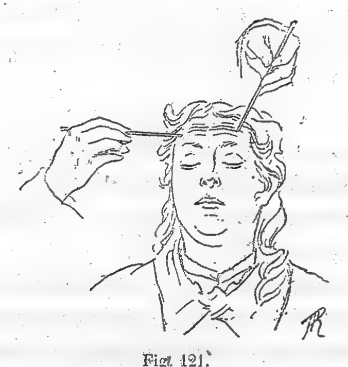


Fig. 121.

La contraction isolée du Frontal est très facile à obtenir par la pression du point (fig. 116, 1) qui correspond au nerf frontal, ou par la pression portée sur un point quelconque du muscle (fig. 121).

L'ORBICULAIRE PALPÉBRAL SUPÉRIEUR se contracte aussi très facilement et d'une façon absolument conforme à la description de Duchenne. L'excitation, sur la figure 122, est portée près de la queue du sourcil au point figuré en 3 sur le schéma (fig. 116). Lorsque l'excitation porte sur un point plus rapproché de la tête du sourcil ou lorsqu'elle est un

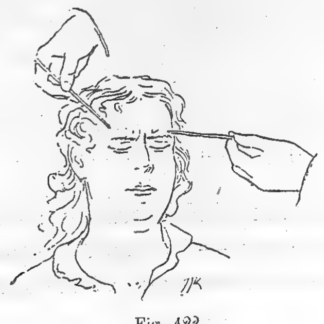


Fig. 122.

peu intense, la contraction du pyramidal du nez se joint à celle de l'orbiculaire palpébral supérieur. Nous n'avons pu obtenir complètement isolée la contraction du PYRAMIDAL DU NEZ. En cherchant à l'exciter aux points indiqués par Duchenne (de Boulogne) (fig. 116, 4), le pyramidal s'est, il est vrai, contracté énergiquement, mais l'orbiculaire palpébral supérieur s'est toujours contracté en même temps.

Quant au SOURCILIER, dont l'action isolée est si saisissante, nous n'avons pu d'une façon nette en obtenir la contraction. Nous devons ajouter que des recherches faites avec la faradisation pendant la veille, nous ont donné des résultats aussi peu précis. Il nous faut donc compter ici avec les variations individuelles que signale d'ailleurs Duchenne (de Boulogne).

Il n'est pas sans intérêt de faire remarquer, avec Duchenne, que les muscles « moteurs du sourcil sont, de tous les muscles expressifs, ceux qui obéissent le moins à la volonté; en général, l'émotion de l'âme seule a le pouvoir de les mettre partiellement en mouvement » (Duchenne, *Mécanisme de la physionomie*..., p. 8).

Parmi les muscles qui sont situés au-dessous du sourcil, les uns sont les agents d'une expression propre, mais incomplète, en ce sens que l'expression n'est parfaitement rendue que par la contraction simultanée d'un autre muscle, les autres n'expriment absolument rien par eux-mêmes, bien qu'ils acquièrent la propriété de représenter spécialement des passions en se combinant avec d'autres muscles.

Ces données, qui sont le résultat des expériences électro-physiolo-

giques de Duchenne, reçoivent une nouvelle confirmation des recherches auxquelles nous nous sommes livrés.

Le GRAND ZYGOMATIQUE est le *muscle de la joie*. Il est le seul qui puisse exprimer le rire à tous ses degrés; mais, pour que l'expression soit complète, il est nécessaire qu'un autre muscle intervienne en même temps et imprime à la paupière inférieure un mouvement particulier, c'est le muscle orbiculaire palpébral inférieur, appelé par Duchenne muscle de la bienveillance.

L'action partielle de ces deux muscles est résumée dans les schémas suivants :

GRAND ZYGOMATIQUE : *Muscle du rire* (fig. 123). — *Lignes fondamentales* : mouvement oblique en haut et en dehors de la commissure labiale; — courbe légère de la ligne naso-labiale; gonflement de la pommette; — élévation légère de la paupière inférieure. — *Lignes secondaires* : rides rayonnantes de l'angle extérieur de l'œil.

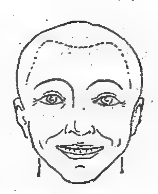


Fig. 123. — Contraction du muscle grand zygomatique. Muscle du rire de Duchenne (rire faux).

ORBICULAIRE PALPÉBRAL INFÉRIEUR : *Muscle de la bienveillance* (fig. 124). — Relief de la paupière inférieure, au-dessous de laquelle se dessine une dépression transversale à concavité supérieure. Lorsque le grand zygomatique se contracte seul, le rire a un caractère faux et menteur. Sous l'influence d'une émotion vraie, il ne se contracte jamais isolément. D'un autre côté, l'orbiculaire palpébral inférieur, qui est son complémentaire pour l'expression du rire franc, n'obéit pas à la volonté; il n'est mis en jeu que par une émotion agréable de l'âme.



Fig. 124. — Contraction simultanée du grand zygomatique et du muscle orbiculaire palpébral inférieur. Expression du rire franc, d'après Duchenne.

La faradisation localisée du grand zygomatique n'imprime donc à la physionomie qu'une expression fausse. Cette expérience, d'après Duchenne, ne serait pas facile à reproduire : « Il m'est arrivé *quelquefois* dit-il, de localiser exactement l'excitation dans ce muscle... Cette loca-



Fig. 125.

lisation est assez difficile; car le courant électrique rencontre souvent un ou deux filets moteurs qui se rendent à un faisceau musculaire voisin, lorsqu'il est un peu intense ou qu'il existe une anomalie, ce qui n'est pas rare » (*loc. cit.*, p. 59).

Dans nos expériences d'hyperexcitabilité neuro-musculaire, la con-

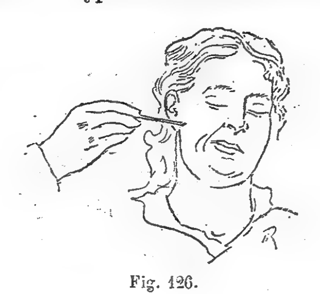


Fig. 126.

traction isolée du grand zygomatique n'est pas sans présenter quelques difficultés. Il arrive souvent que les muscles situés en dedans de lui (petit zygomatique, élévateur propre de la lèvre supérieure, élévateur commun de la lèvre supérieure et de l'aile du nez, qui reçoivent leurs filets moteurs d'un même rameau nerveux qui passe sous l'extrémité supérieure du grand zygomatique) entrent également en contraction.

Cependant, après quelques tâtonnements et si l'on a soin de se servir d'un excitateur à extrémité un peu fine sans cesser d'être mousse, il est possible d'isoler assez bien l'action de ce muscle, ainsi que le montre les figures 125 et 126.

Le PETIT ZYGOMATIQUE possède une action bien différente de celle du

grand zygomatique. C'est un *muscle du pleurer*. Le schéma suivant résume son action (fig. 127). Il attire en haut et en dehors la portion moyenne de la moitié de la lèvre supérieure, d'où résulte : une courbe à concavité inférieure du bord libre de la lèvre supérieure et du sillon naso-labial, un gonflement de la pommette et une légère élévation de la paupière inférieure.

La contraction isolée du petit zygomatique peut également être

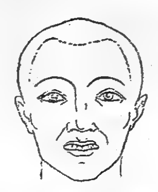


Fig. 127. — Contraction du petit zygomatique. Muscle du pleurer, de Duchenne.

obtenue chez notre malade, mais elle se confond avec celle de l'élévateur propre de la lèvre supérieure, dont il est difficile de la distinguer; il arrive fréquemment que l'élévateur commun de la lèvre supérieure et de l'aile du nez participe à l'excitation. C'est ce qu'on peut remarquer sur la figure 3, PLANCHE XI, de notre mémoire des *Archives de neurologie*. Le mouvement de la lèvre supérieure représente assez bien l'action du petit zygomatique, mais on remarquera, en même temps, que l'aile du nez du même côté est un peu relevée. En comparant cette

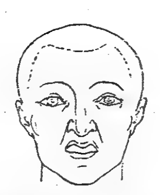


Fig. 128. — Contraction du muscle élévateur commun de l'aile du nez et de la lèvre supérieure.

figure à la suivante, qui représente l'action isolée du muscle élévateur commun de la lèvre supérieure et de l'aile du nez, il est facile de se rendre compte de la part qui, dans le mouvement expressif de la première, doit être attribuée au petit zygomatique[1].

L'ÉLÉVATEUR COMMUN DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE ET DE L'AILE DU NEZ imprime à ces parties de la physionomie un mouvement bien caractéris-

1. Un simple trait ne peut rendre ces finesses, c'est pourquoi je n'ai pas cherché à reproduire ici ces photographies, auxquelles je prie le lecteur curieux de se reporter.

tique. La contraction partielle de ce muscle est très facilement obtenue chez notre malade. La contraction du muscle suit l'excitation du rameau nerveux qui lui est destiné (fig. 129). Duchenne résume ainsi l'action partielle de ce muscle (fig. 128). L'aile du nez est attirée en haut, le sillon naso-labial allongé et moins oblique, la portion externe de la lèvre supérieure attirée en haut.



Fig. 129.

Le transverse du nez, que Duchenne appelle le muscle de la lubricité, fait subir, par sa contraction, à la forme générale du nez, les principales modifications suivantes : l'aile du nez est attirée obliquement en haut et en avant, et la peau des parties latérales du nez se marque de plis parallèles à la direction de l'épine nasale. Ce muscle est susceptible de grandes variations, suivant les individus. La figure 130 montre, d'une façon fort nette, l'excitation du transverse du nez chez la nommée



Fig. 130.

Caill..., tandis que chez Witt... l'excitation isolée de ce même muscle n'a pu être obtenue.

Par contre, chez cette dernière malade, les muscles dilatateurs des narines peuvent être très facilement excités. Il suffit de toucher le bord d'une narine ou sa face externe pour que le mouvement de dilatation s'accuse aussitôt avec énergie; et, le plus souvent, l'autre narine participe au mouvement (mais à un degré moindre), bien que l'excitation ait été unilatérale. C'est un nouvel exemple de la synergie musculaire

des muscles pairs de la face, dont nous avons déjà parlé. Si l'excitation, tout en demeurant unique, se rapproche de la ligne médiane, le mouvement de dilatation est à peu près égal des deux côtés et non moins énergique. La dilatation une fois produite ne persiste pas uniformément, bien que l'excitation soit maintenue égale; il se produit une sorte de palpitation des narines.

L'ORBICULAIRE DES LÈVRES répond aussi fort nettement à l'excitation mécanique portée sur différents points de ses fibres. En excitant sur la lèvre inférieure un point médian, situé à peu de distance de l'ouverture buccale, on voit les deux lèvres se froncer et l'orbiculaire tout entier entrer en contraction. L'action est encore bien plus vive lorsqu'on porte l'excitation sur le bord libre des lèvres; il suffit pour cela d'introduire l'extrémité du petit bâton entre les deux lèvres et de frotter légèrement. L'orifice buccal se resserre alors avec énergie en enserrant l'extrémité de l'excitateur.

LE TRIANGULAIRE DES LÈVRES est le muscle de la tristesse. Sous l'influence de la contraction, les commissures des lèvres sont tirées en bas et en dehors, le sillon inter-labial décrit une courbe à concavité inférieure, la lèvre inférieure est un peu attirée en avant, la ligne naso-

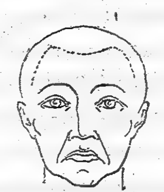


Fig. 131. — Contraction du muscle triangulaire des lèvres.

labiale allongée tend à devenir rectiligne, la lèvre supérieure est attirée obliquement en bas et en dehors, la narine est abaissée et moins ouverte (fig. 131).

La contraction partielle des muscles du menton et de la lèvre inférieure est assez difficile à obtenir, à cause de la superposition de ces différents muscles en certains points et de l'intrication d'une partie de leurs fibres. De plus, un même rameau les innerve. Il y a donc à craindre de toucher avec l'excitateur une portion du rameau nerveux dont les fibres se distribuent à plusieurs muscles à la fois. En beaucoup de points également, l'excitateur rencontrera à la fois des fibres musculaires appartenant à plusieurs muscles soit superposés, soit juxtaposés.

Pour obtenir chez nos malades la contraction isolée du triangulaire des lèvres, il faut porter l'excitation un peu en dehors et en bas de la commissure des lèvres. Si l'excitation est faite plus bas, en se rap-

prochant du maxillaire inférieur et du point d'élection indiqué par l'electrisation localisée (fig 116), on obtient un mouvement complexe de la lèvre résultant de la contraction simultanée du triangulaire et du carré du menton, qui, en ce point, sont superposés.

La contraction isolée du CARRÉ DU MENTON qui, d'après Duchenne, tire la lèvre inférieure en bas et en dehors en la renversant, succède à l'excitation mécanique portée à un centimètre et demi environ en dedans du point d'excitation du triangulaire, et à peu près à la même hauteur. C'est à ce niveau que le carré du menton se dégage de dessous le triangulaire, pour devenir superficiel.

L'excitation portée sur le milieu du menton met en jeu les MUSCLES DE LA HOUPPE DU MENTON. Ces muscles impriment aux téguments du menton un mouvement d'élévation, et les appliquent contre la symphyse de la mâchoire. Ils élèvent ainsi mécaniquement la lèvre inférieure en la renversant un peu en dehors.

Le PEAUSSIER, dont les fibres se terminent dans cette région, est également très facilement excitable. Le peaussier est le muscle de la frayeur et de l'effroi. Il tire en bas et en dehors la lèvre inférieure, les tissus de la région inférieure des joues et les ailes du nez. Il ne possède qu'une action très faible sur la mâchoire inférieure.

Suivant Duchenne, la contraction partielle du peaussier est inexpressive et ne produit qu'une grimace. Mais, si au mouvement des traits occasionnés par le peaussier vient s'ajouter l'action d'un des muscles moteurs du sourcil, le frontal par exemple, on voit aussitôt se peindre sur la physionomie une expression saisissante de frayeur.

Nous avons cherché à reproduire, chez notre malade hypnotisée, l'action simultanée de ces deux muscles et les résultats que nous avons obtenus sont pleinement confirmatifs des expériences de Duchenne. Malgré l'occlusion des yeux dont le regard n'anime point la physionomie l'expression de frayeur est assez bien représentée. Nous avons essayé de compléter l'expression en faisant ouvrir les yeux de la malade par un aide, au moment où la contraction était obtenue par l'excitation mécanique des points moteurs musculaires. La malade a été ainsi rendue cataleptique, sans nuire à l'expression de la physionomie. Nous savons d'ailleurs que la contracture des muscles des membres obtenue par les mêmes procédés persiste pendant l'état cataleptique [1].

1. La production de la catalepsie permet ainsi de fixer, pour ainsi dire, l'expression de la physionomie, et, la malade étant rendue cataleptique pendant l'excitation d'un muscle, la contraction de ce muscle persiste parfois un certain temps après l'excitation, de façon à appeler la contracture des membres ; mais, le plus souvent, les plis de la physionomie ne tardent pas à se détendre et à s'effacer peu à peu. Voyez pour ces dernières expériences les photographies de notre mémoire des *Archives de neurologie*, 1881-1883.

Mais malgré la vivacité plus grande de l'expression, nous sommes encore loin de la vérité saisissante des attitudes cataleptiques suggérées que nous étudierons plus loin.

Pour compléter nos recherches sur l'hyperexcitabilité neuro-musculaire de la face, nous avons cherché à provoquer, à l'exemple de Duchenne, la contraction simultanée de plusieurs muscles, que ces muscles concourent à l'expression d'un même sentiment (contractions combinées expressives de Duchenne) ou bien, au contraire, qu'ils expriment des sentiments complètement opposés (contractions combinées inexpressives du même auteur). Dans le premier cas, chaque pli de la physionomie concourt à l'expression d'un sentiment unique; dans le second, le résultat ne saurait être qu'une grimace.

Nos expériences sur notre malade hypnotisée ont donné des résultats absolument identiques à ceux de Duchenne. C'est ainsi qu'en faisant contracter simultanément les peaussiers et les orbiculaires palpébraux supérieurs, nous avons obtenu le masque de la frayeur avec la nuance indiquée par Duchenne.

La contraction simultanée du triangulaire des lèvres et de l'orbiculaire palpébral supérieur donne à la physionomie une expression de méditation mêlée de tristesse ou de dégoût, suivant le degré de contraction du triangulaire.

Au contraire, la contraction du grand zygomatique, associée à l'orbiculaire palpébral supérieur, ne donne lieu qu'à une grimace. Il nous a été possible de représenter, sur chaque côté de la face, une expression opposée en faisant contracter des muscles différents. Par exemple, le grand zygomatique d'un côté et l'élévateur commun de l'aile du nez et de la lèvre supérieure de l'autre, le grand zygomatique d'une part et le triangulaire des lèvres ou le peaussier d'autre part, etc., etc... Mais l'excitation est alors assez difficile à localiser exactement. La tendance que possède l'excitation d'un seul muscle à retentir sur le muscle homologue du côté opposé, gêne l'action locale. Il faut alors insister davantage, et il y a parfois un peu de diffusion de l'excitation dans les muscles voisins. Néanmoins, s'il se produit alors de chaque côté de la physionomie un mouvement un peu complexe, la contraction unilatérale n'en conserve pas moins les caractères principaux de l'expression cherchée, et le contraste que présentent les deux moitiés de la face n'en est pas moins frappant.

Nous savons que, la malade étant en léthargie hypnotique, l'hémicartalepsie produite dans tout un côté du corps par l'ouverture d'un seul œil fait disparaître instantanément toute trace d'hyperexcitabilité neuro-musculaire de ce même côté. Cette expérience est facile à répéter

sur la face et les résultats en sont vraiment saisissants. L'excitation du muscle élévateur commun de l'aile du nez et de la lèvre supérieure est pratiquée des deux côtés à la fois, pendant que la malade est léthargique totale, et le mouvement d'ensemble qui en est la conséquence se produit avec une égale énergie des deux côtés. Mais, il suffit de soulever la paupière gauche, par exemple, pour que tout mouvement cesse de ce côté, malgré le renouvellement de l'excitation au même point.

Nous avons reconnu, dans le cours des expériences que nous venons de rapporter, que les troncs nerveux comme les muscles eux-mêmes étaient aussi bien excitables à la face qu'ils le sont aux membres. En résumé, l'excitation du muscle est directe ou indirecte. Quelques expériences sur des rameaux nerveux, isolés et éloignés des muscles qu'ils innervent, le prouvent péremptoirement. Le tronc de la septième paire est accessible à l'excitation électrique par le procédé suivant : « On peut, dit Duchenne, atteindre le tronc de ce nerf à sa sortie du tronc stylo-mastoïdien, en plaçant dans le conduit auditif externe un rhéophore conique coiffé d'une peau humide et en appuyant sur le cartilage inférieur ; dans ce point, son tronc nerveux n'est séparé du rhéophore que de trois à quatre millimètres. »

On conçoit qu'en ce même point ce tronc nerveux, protégé par les os et les cartilages, soit difficilement accessible à l'excitation mécanique. Mais il n'en est pas de même de ses rameaux qui, à leurs points d'émergence de la parotide, s'offrent d'eux-mêmes à l'excitation. Dans l'état d'hyperexcitabilité neuro-musculaire, la contraction des muscles qui

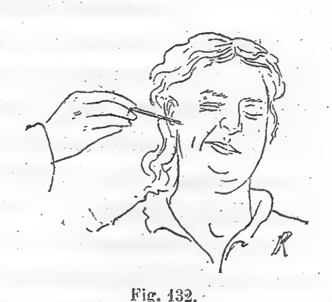


Fig. 132.

sont sous la dépendance de ces rameaux est l'indice certain de leur excitation mécanique. On voit alors, sous l'influence de cette excitation, tout un côté de la physionomie se contracter, et, suivant le point de l'excitation, la contraction s'accuser davantage dans les muscles de l'œil, du nez ou des lèvres et du menton. Dans l'expérience représentée figure 132 l'excitation porte sur le tronc nerveux lui-même, en avant

du lobule de l'oreille; il est facile de constater, en effet, que tous les muscles de cette moitié du visage sont entrés en contraction.

Cette expérience de l'excitation mécanique du facial, pendant la léthargie hystérique provoquée, est une des premières qui aient été tentées au début de nos recherches sur ce sujet.

La malade sur laquelle nous avons répété la plupart des expériences rapportées plus haut présente, au point de vue de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, une particularité intéressante que, jusqu'ici, nous n'avons rencontrée que sur elle seule.

Il s'agit de l'extension de cette hyperexcitabilité aux muscles de l'oreille, circonstance assurément fort intéressante au point de vue du diagnostic, puisque ces muscles échappent, dans le plus grand nombre des cas, à l'action volontaire. A l'état de veille, notre malade est totalement incapable d'imprimer à ses oreilles les mouvements que, dans le sommeil provoqué, l'excitation mécanique provoque facilement. Nous trouverons là un exemple de plus de l'excitation d'un muscle, directement, en agissant sur les fibres musculaires elles-mêmes, ou, indirectement, par l'intermédiaire du nerf moteur qui lui est destiné.

Il existe chez notre malade, à deux centimètres environ de l'oreille, à la hauteur du tragus, une zone fort limitée dont l'excitation amène infailliblement un mouvement brusque et assez accusé du pavillon de l'oreille, qui se trouve attiré en haut et un peu en arrière. Aucun mouvement ne se produit si l'excitation n'est pas exactement portée au point voulu. D'autre part, il existe au-dessus de l'oreille une zone assez étendue dont l'excitation produit le même résultat, et qui correspond bien certainement au muscle auriculaire supérieur. Que conclure de ce fait d'observation, si ce n'est que, dans ce cas, nous excitons directement la fibre musculaire dans la zone située au-dessus de l'oreille, tandis que l'excitation portée au-devant du tragus intéresse le rameau nerveux qui va donner le mouvement au muscle auriculaire supérieur, et qui ne saurait être autre que le rameau temporal du facial.

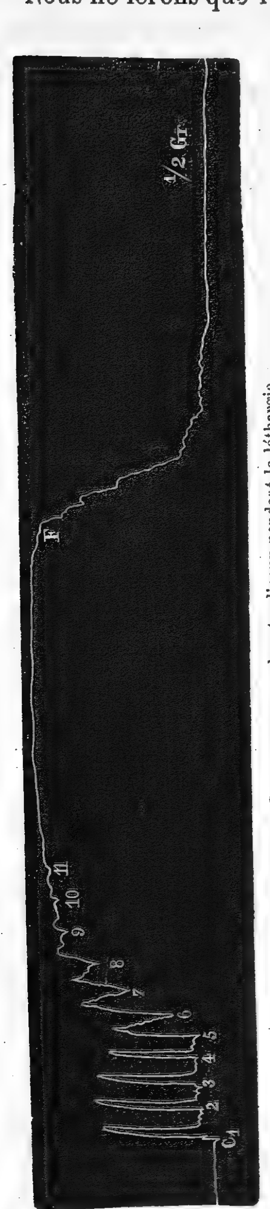
II

DE QUELQUES CARACTÈRES DE LA CONTRACTURE PROVOQUÉE DANS L'ÉTAT D'HYPEREXCITABILITÉ NEURO-MUSCULAIRE

La contracture musculaire provoquée par l'excitation mécanique pendant la léthargie hypnotique présente toujours les mêmes caractères,

qu'elle ait été produite par l'excitation des tendons, des nerfs ou des muscles eux-mêmes.

Nous ne ferons que rappeler ici quelques-uns de ces caractères, déjà signalés d'ailleurs, en n'insistant que sur quelques particularités de détail.



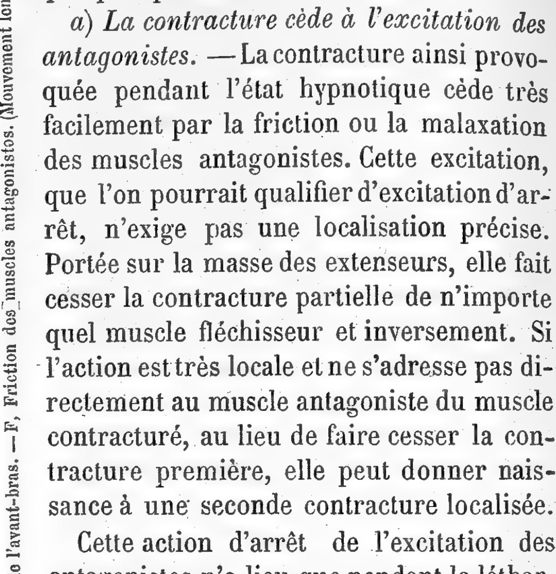


Fig. 133. — Contracture par choc tendineux pendant la léthargie.
C, 1, 2, etc. Onze chocs successifs portés sur les tendons fléchisseurs de l'avant-bras. — F, Friction des muscles antagonistes. (Mouvement lent.)

a) La contracture cède à l'excitation des antagonistes. — La contracture ainsi provoquée pendant l'état hypnotique cède très facilement par la friction ou la malaxation des muscles antagonistes. Cette excitation, que l'on pourrait qualifier d'excitation d'arrêt, n'exige pas une localisation précise. Portée sur la masse des extenseurs, elle fait cesser la contracture partielle de n'importe quel muscle fléchisseur et inversement. Si l'action est très locale et ne s'adresse pas directement au muscle antagoniste du muscle contracturé, au lieu de faire cesser la contracture première, elle peut donner naissance à une seconde contracture localisée.

Cette action d'arrêt de l'excitation des antagonistes n'a lieu que pendant la léthargie, elle est impuissante contre la contracture qui persiste pendant l'état cataleptique ou après le réveil.

La figure 133 représente l'inscription de ce phénomène par les procédés de la méthode graphique. Le tambour explorateur est placé sur la saillie des muscles fléchisseurs du poignet. Onze chocs portés successivement sur les tendons de la face antérieure du poignet amènent la flexion forcée de ce segment du membre, avec contracture permanente des muscles excités. En F, friction des muscles antagonistes ; la contracture cède rapidement et le membre reprend l'attitude qu'il avait au début de l'expérience.

b) La contracture persiste après le réveil. — Trois cas peuvent se montrer :

1° La contracture provoquée persiste tant que dure le sommeil ; elle

persiste également pendant l'état cataleptique, mais, aussitôt qu'on provoque le réveil, elle s'évanouit;

2° Si la malade est réveillée pendant l'état léthargique, la contracture disparaît aussitôt. Mais, si avant de réveiller la malade, on a soin de la rendre cataleptique, la contracture persiste pendant l'état de veille, avec la même forme et le même degré d'intensité;

3° Cette dernière précaution n'est pas nécessaire. Réveillée, même pendant l'état léthargique, la malade garde sa contracture.

Les contractures artificielles ainsi provoquées présentent la plus grande analogie avec la contracture permanente hystérique. Elles pourraient persister, pensons-nous, fort longtemps. Nous n'avons pas prolongé l'expérience au delà de quelques heures. Pour faire disparaître ces contractures, il faut endormir de nouveau le sujet, et, pendant l'état léthargique, procéder à l'excitation des muscles antagonistes dont l'effet est instantané.

Nous étudierons plus loin, dans un paragraphe spécial, quel peut être le degré de résistance de la contracture hypnotique, et quelle différence, au point de vue du travail accompli, existe entre elle et la contraction musculaire volontaire.

c) *Transfert par l'aimant de la contracture localisée.* — La malade une fois endormie et ses membres étant en complète résolution, nous touchons avec précaution le nerf cubital droit, en arrière de l'épitrochlée, et, comme dans l'expérience décrite plus haut, la main, sous l'influence de cette excitation, se contracture, immobilisée dans une attitude caractéristique que nous avons désignée sous le nom de griffe cubitale (fig. 108).

Nous approchons alors de l'avant-bras gauche, dont les muscles sont demeurés dans le relâchement, l'extrémité ouverte d'un aimant en forme de fer à cheval. La malade, toujours endormie, est assise près d'une table; son bras droit contracturé pend sur le côté; nous avons soin, une fois la griffe cubitale produite avec les précautions indiquées, de n'y plus toucher afin d'éviter les complications que de nouvelles excitations musculaires, même fortuites, ne manqueraient pas de susciter. Le bras gauche repose inerte sur la table à proximité de l'aimant. Au bout de peu de temps, deux à trois minutes au plus, voici le curieux phénomène que nous observons pour la première fois. Dans les deux mains, de petits mouvements fort légers s'opèrent à la fois; mais, bientôt, ces mouvements s'accusent dans un sens différent à chaque main. A la main contracturée, les doigts quittent peu à peu, et comme par degrés, l'attitude spéciale que leur avait imprimée la contracture, le pouce s'écarte, l'annulaire et le petit doigt se défléchissent.

Les mêmes doigts de l'autre main subissent au même moment un mouvement inverse, l'annulaire et le petit doigt entrent en flexion, le pouce se rapproche pendant que l'index et le médius demeurent étendus. Bientôt, le transfert s'est opéré, la contracture musculaire a cédé à droite pour envahir le côté gauche, mais, avec ceci de particulier qu'elle n'est point sortie de la même région et qu'elle s'est exactement localisée au même groupe musculaire, à celui qui reçoit les rameaux du nerf cubital. En un mot, la main droite est redevenue flaccide, et la main gauche, entrant en contracture, a pris l'attitude de la griffe cubitale, telle qu'elle existait d'abord à droite. Nous essayons alors de répéter la même expérience, mais en sens inverse en quelque sorte, et après avoir fait passer la contracture de la main droite à la main gauche, nous plaçons l'aimant à proximité de la main droite dans le but d'y ramener la contracture en délivrant la main gauche. Ce retour s'opère avec plus de lenteur. Il faut bien cinq à six minutes; et encore s'est-il effectué incomplètement. Au bout de ce temps, en effet, la main gauche est redevenue complètement molle, pendant que la main droite rigide esquisse fort nettement l'attitude de la griffe cubitale, mais il semble que le mouvement se soit arrêté en chemin, il demeure inachevé.

La malade, toujours endormie, est assise devant une table sur laquelle on place ses deux avant-bras en pronation, de façon que le dos de la main regarde en haut. Les muscles sont dans la résolution. En touchant sur l'avant-bras droit le point d'élection indiqué sur la figure 115, 7, l'index seul s'élève et demeure immobilisé par la contracture en extension forcée. L'attitude demi-fléchie des autres doigts de la main n'est pas modifiée. Nous appliquons alors un aimant près de l'avant-bras gauche, qui est demeuré jusqu'ici complètement indifférent à ce qui s'est passé à droite. Et presque aussitôt on observe dans les deux index un léger tremblement, composé de petites oscillations brèves, saccadées et irrégulières. Puis, un mouvement d'ensemble se produit, l'index gauche qui, demi-fléchi reposait par son extrémité sur la table, s'étend et s'élève peu à peu pendant que l'index droit quitte par degrés l'attitude que la contracture lui avait imprimée et finit par retomber flaccide. En résumé, la contracture localisée, en vertu de laquelle l'index droit était maintenu dans l'extension, s'est transférée exactement à l'avant-bras gauche, et l'index gauche a pris, sous cette influence, une attitude semblable à celle qui existait d'abord à droite.

La même expérience peut être répétée avec un égal succès pour les différents muscles extenseurs. En voici un autre exemple : le petit doigt de la main droite est placé dans l'extension par la pression sur le point

moteur désigné sur la figure 115, 6. L'aimant est appliqué près de la main gauche. Cette main repose sur la table par sa face palmaire et les doigts à demi-fléchis, de telle sorte que le petit doigt disparaît presque complètement recouvert par les autres. Au bout de peu d'instants, nous voyons un mouvement se produire exclusivement dans le petit doigt qui se dégage peu à peu, se redresse, s'étend, puis s'élève en extension forcée. En même temps, le petit doigt du côté droit est retombé par degrés et a repris l'attitude normale du relâchement musculaire.

La pression sur la masse des muscles de la région postérieure de l'avant-bras amène l'extension des doigts et de la main. Cette attitude, maintenue par la contracture simultanée d'un certain nombre de muscles, se déplace de la même façon que dans les expériences précédentes, et la contracture plus complexe est transférée sans rien perdre de ses caractères et de la précision de sa localisation.

Nous venons de constater le transfert par l'aimant de la contracture localisée due à l'excitation mécanique du nerf ou du corps musculaire lui-même. Il en est de même lorsque la contracture a été la conséquence d'une excitation tendineuse.

La malade endormie est placée dans la même attitude que pour les expériences précédentes, les mains reposant sur une table, la face dorsale regardant en haut.

La pression légère du tendon du médius de la main droite au-dessus de la tête du troisième métacarpien détermine, ainsi que nous l'avons déjà vu, l'extension isolée du médius qui s'élève au-dessus du niveau des autres doigts et se maintient en cette situation d'extension forcée. L'aimant est appliqué près de la main gauche. Le transfert de la contracture s'opère très rapidement. La main gauche est immobile dans une demi-flexion ; on voit d'abord dans les tendons du dos de la main, tendons de l'index et du médius, se produire un léger tremblement. Puis, le médius seul se soulève un peu, il est agité de petits mouvements, et frappe la table de petits coups répétés. Peu à peu, ce tremblement diminue d'amplitude à mesure que le doigt s'élève et bientôt le médius se trouve immobilisé en extension forcée.

En même temps que le médius gauche subissait un mouvement ascensionnel, le médius droit, par un mouvement inverse, s'abaissait peu à peu, et au moment où l'extension à droite était complète, le relâchement à gauche ne laissait plus rien à désirer.

d) *Contracture localisée latente. — Transfert de la contracture latente.* — MM. Brissaud et Ch. Richet[1] ont déjà montré, dans des

1. *Progrès médical*, n°s 19, 23 et 24, 1880.

recherches sur la contracture provoquée chez les hystériques, que l'anémie d'un membre produite par l'application de la bande d'Esmarch, comme on a coutume de le faire dans la pratique chirurgicale, faisait disparaître dans ce membre toute disposition du muscle à se contracturer sous l'influence des excitants ordinaires.

La malaxation d'un membre ainsi anémié ne détermine plus aucune contracture; mais, si l'on enlève la bande qui comprimait la racine du membre, on voit aussitôt la contracture se produire d'elle-même, sans nouvelle excitation, au fur et à mesure que la circulation se rétablit.

Cette expérience est importante au point de vue de la nature de ces sortes de contractures, et nous y reviendrons plus loin. Pour le moment, nous constatons que l'excitation mécanique portée sur un muscle anémié ne saurait y provoquer de contracture, mais n'en détermine pas moins dans ce muscle une disposition spéciale à la contracture, que MM. Brissaud et Ch. Richet désignent sous le nom de *contracture latente*, et qui ne demande pour se manifester que la disparition de l'anémie et le retour avec la circulation de l'aptitude du muscle à la contracture.

On connaît l'action spéciale de l'aimant sur les contractures unilatérales et le déplacement de ces contractures, connu sous le nom de transfert. MM. Brissaud et Ch. Richet ont observé, sur le membre anémié et en état de contracture latente, les mêmes phénomènes que sur le membre contracturé. On voit, par exemple, la contracture latente du bras droit transférée, par l'application de l'aimant, au bras gauche. Nous avons répété ces expériences au sujet de la contracture localisée et nous sommes arrivés à des résultats qui, pour être prévus, n'en sont pas moins intéressants.

Voici le récit de quelques-unes de nos expériences :

1° Witt... est endormie par la fixation du regard. Elle tombe aussitôt dans l'état de léthargie avec hyperexcitabilité neuro-musculaire; les yeux sont fermés, et il suffit de soulever les paupières pour faire cesser aussitôt l'aptitude des muscles à se contracturer et faire naître la catalepsie. Inversement, l'occlusion nouvelle des yeux ramène au même instant l'hyperexcitabilité en faisant disparaître la catalepsie ainsi que nous l'avons déjà dit dans les chapitres précédents.

Nous rappelons ici ces particularités à cause des précautions que nous avons prises lors de l'application de la bande d'Esmarch. Nous savons que, dans l'état d'hyperexcitabilité, il suffit du plus léger attouchement pour faire apparaître la contracture. Dans la recherche de la contracture latente localisée, c'est là une cause d'erreur que nous avons évitée en appliquant la bande d'Esmarch pendant l'état cataleptique.

Une fois la bande de caoutchouc appliquée de l'extrémité vers la racine du membre supérieur, et la ligature étant maintenue au bras pour empêcher le retour du sang, les paupières sont fermées et la malade de nouveau plongée dans le sommeil léthargique dont le phénomène de l'hyperexcitabilité est un des principaux caractères. Alors, en ayant bien soin de ne porter aucune autre excitation sur le membre anémié, nous froissons avec le doigt, à plusieurs reprises, le nerf cubital en arrière de l'épitrochlée.

Il ne se produit immédiatement aucune modification dans l'attitude du membre qui est dans la résolution la plus complète. Mais, il n'en est plus de même lorsque, quelques instants après, nous enlevons la ligature. L'obstacle levé, le sang reprend son cours et la coloration du membre augmente peu à peu. Successivement aussi, et comme par degrés, on voit les deux derniers doigts de la main se fermer, le pouce se rapprocher, et bientôt l'attitude caractéristique de la griffe cubitale est manifeste et maintenue par une contracture musculaire intense.

Comme dans les expériences précédentes (p. 589), cette griffe cubitale est facilement transférée à l'autre main par l'application de l'aimant.

2° La bande d'Esmarch est appliquée sur l'avant-bras droit, avec les mêmes précautions que tout à l'heure, c'est-à-dire pendant l'état cataleptique.

La malade est replongée dans l'état léthargique et l'excitation mécanique portée au nerf cubital du membre anémié, à la région du coude. Nulle modification de l'état des muscles.

L'aimant est appliqué près de l'avant-bras gauche. Au bout de quarante secondes environ, on voit la main gauche se contracturer dans l'attitude de la griffe cubitale. En un mot, la griffe cubitale latente de droite s'est transférée à gauche. Dans ce transfert, elle est devenue manifeste, parce que du côté gauche les muscles ne sont pas anémiés et n'ont pas, par là même, perdu l'aptitude à la contracture.

III

DES DIFFÉRENTS DEGRÉS DE L'HYPEREXCITABILITÉ NEURO-MUSCULAIRE. VARIATIONS DU PHÉNOMÈNE

Il ne faudrait pas croire que toutes les hystériques hypnotisées soient susceptibles de présenter à un égal degré de développement tous les phénomènes que nous venons de décrire comme se rattachant à cet état

nerveux spécial désigné sous le nom d'hyperexcitabilité neuro-musculaire.

Il faut s'attendre ici à de nombreuses variations individuelles que, pour la plupart, il est possible de rattacher au type décrit dont elles ne sont que des atténuations plus ou moins accusées. Cependant on se tromperait également si l'on s'imaginait que les sujets sont rares, sur lesquels il est possible de répéter toutes les expériences rapportées plus haut. Il ne s'agit pas là de faits exceptionnels. Si nous en croyons notre expérience personnelle, la proportion serait de 1 sur 4 ou 5 au plus. Il est vrai que les malades soumises à notre observation à la Salpêtrière, sont toutes des sujets atteints de la névrose hystérique dans sa forme la plus accentuée, l'*hysteria major*.

Après avoir montré les principaux caractères du phénomène dans son plus haut degré de développement, il nous paraît utile d'insister un peu sur les variations qu'il peut subir soit d'une malade à l'autre, soit chez une même malade, et d'en fournir quelques exemples.

A. Des différents degrés de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire chez une même malade. — Influence de la répétition des expériences sur son développement.

Chez une même malade, le degré d'hyperexcitabilité neuro-musculaire, pendant la léthargie hypnotique, peut varier dans des circonstances diverses.

a) Il varie suivant les régions du corps. Dans les cas réguliers, ceux qu'on peut appeler les cas types, le phénomène existe à un égal degré sur tous les muscles, aussi bien aux membres qu'à la face (il n'est pas question ici de la différence du résultat obtenu : contracture aux membres, contraction à la face). Mais il arrive fréquemment qu'à ce point de vue il existe des différences entre les deux côtés du corps, entre les membres inférieurs, les membres supérieurs et la face, l'hyperexcitabilité pouvant se montrer en un point et faire défaut en un autre, ou bien exister ici et là, mais à un degré différent.

b) L'hyperexcitabilité varie également chez une même malade d'un moment à l'autre. Il est des jours où, sous l'influence de causes difficilement appréciables, mais dans lesquelles on peut faire entrer les émotions vives, la fatigue physique, l'imminence des attaques, etc., telle malade présente une exaltation ou une atténuation du phénomène.

c) Enfin par la répétition des expériences, ce phénomène est susceptible d'acquérir un plus haut degré de précision et d'intensité. Il s'agit

là, ainsi que nous le verrons plus loin, de phénomènes d'ordre réflexe dont l'habitude facilite le développement et qu'elle perfectionne. Nous avons pu constater le fait bien des fois. Il est des sujets qui présentent presque d'emblée, dès les premières séances d'hypnotisme, le phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire complètement développé. D'autres, et c'est le plus grand nombre, mettent un temps plus ou moins long à l'acquérir. A un premier degré, il consiste en une tendance des réflexes tendineux à provoquer une contracture plus ou moins généralisée. Puis la localisation de la contracture s'établit; il est possible d'obtenir la contracture partielle des différents muscles des membres, et les différents procédés à l'aide desquels on la produit peuvent être classés ainsi qu'il suit, d'après le mode d'apparition de leur efficacité : c'est l'excitation des tendons qui réussit d'abord, puis l'excitation des masses musculaires, en dernier lieu l'excitation des troncs nerveux. Enfin ce n'est que dans les cas les plus développés que l'hyperexcitabilité neuro-musculaire se montre à la la face. Nous nous contenterons de rapporter les deux observations suivantes :

Dans les récentes expériences que nous avons faites à ce sujet, il nous a été donné de saisir en quelque sorte le mode de développement de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire chez une de nos malades que nous soumettions pour la première fois aux pratiques de l'hypnotisme.

Janvier 1881. — Caill..., vingt ans, hystéro-épileptique, hémianesthésique à gauche et achromatopsique du même côté, n'a pas encore été endormie par nous; elle l'aurait été par d'autres, mais peu souvent, et, dans tous les cas, les expériences d'hyperexcitabilité neuro-musculaire n'ont jamais été tentées sur elle.

Pendant la veille, les réflexes tendineux sont exagérés aux genoux, mais sans irradiation aux membres supérieurs, ils existent aux coudes; aux poignets ils se montrent à peine.

Par la fixité du regard, la malade se trouve promptement endormie. Aussitôt nous constatons que les réflexes tendineux du poignet qui, tout à l'heure, existaient à peine, sont maintenant manifestement exagérés. Nous recherchons alors si la malaxation des masses musculaires de l'avant-bras peut être suivie de contracture, mais le résultat est complètement négatif. Nous revenons alors à l'excitation des tendons par percussion. Nous constatons de nouveau que les réflexes tendineux sont exagérés; le mouvement qui suit le choc est très étendu, il est brusque et rapide, il n'y a aucune tendance à la contracture. Mais bientôt, en répétant les chocs sur le tendon, nous voyons la contracture se développer; il suffit d'une dizaine de coups portés successivement sur le tendon pour immobiliser le membre dans une attitude forcée de contracture permanente. Cette contracture se détruit facilement par la friction des muscles antagonistes.

Nous tentons alors de nouveau de produire la contracture par la malaxation des muscles, et cette fois, non sans quelque surprise, nous réussissons plei-

nement. Une fois réveillée par le procédé habituel (souffle sur le visage), Caill... conserve les réflexes tendineux du poignet plus accusés qu'avant les expériences.

Ne semble-t-il pas, d'après ce que nous venons de rapporter, que l'on puisse admettre dans l'hyperexcitabilité musculaire, les trois degré suivants :

1[er] *degré :* simple exaltation des réflexes tendineux ; — 2[e] *degré :* le réflexe tendineux donne lieu à la contracture — contracture réflexe par excitation tendineuse ; — 3[e] *degré ;* contracture réflexe par excitation directe des masses musculaires.

Dans une seconde expérience faite le lendemain, nous constatons une aptitude plus grande des muscles à la contracture, se traduisant même pendant la veille. Pendant l'hypnotisme, l'hyperexcitabilité bien que plus développée, présente quelques irrégularités.

Caill... a conservé les réflexes tendineux du poignet assez exaltés, surtout du côté gauche. Le réflexe patellaire est toujours très exagéré.

Le choc répété sur les tendons de la face antérieure du poignet gauche amène bientôt la contracture, ce qui n'a pas lieu pour le côté droit. La malade est toujours en état de veille et cette expérience est faite presqu'à son insu, pendant que son attention est attirée ailleurs. Cette contracture disparaît comme celle du sommeil par la friction des antagonistes.

Caill... est endormie rapidement par la fixité du regard. Sur le bras gauche, contracture facile par l'excitation des tendons, par la malaxation musculaire et par l'excitation des nerfs. La pression du nerf cubital en arrière de l'épitrochlée contracture la main dans l'attitude régulière de la griffe cubitale. C'est la première fois que cette expérience est tentée chez cette malade.

Sur le bras droit, l'excitation des tendons et des masses musculaires nous donne des résultats semblables, mais nous constatons que l'excitation du nerf cubital au lieu d'élection n'est point suivie de la contracture habituelle. A chaque froissement du nerf cubital répond un léger mouvement dans les doigts, mais aucune contraction nettement localisée, aucune ébauche de contracture.

Sur le bras gauche au contraire la griffe cubitale s'obtient très facilement, ainsi que nous l'avons déjà dit.

La griffe cubitale étant produite à gauche, nous plaçons un aimant près de l'avant-bras droit, dans le but de transférer la griffe de ce côté. Dix minutes et plus se passent sans qu'aucun transfert ait lieu. Le bras droit garde sa flaccidité, et l'on note, par contre, que la contracture de gauche, au lieu de se détendre, s'est accusée davantage. La griffe cubitale qui existait déjà s'est exagérée.

Dans ce cas, il faut admettre que le nerf cubital droit était inexcitable du moins par les procédés habituels. L'hyperexcitabilité neuro-musculaire ne s'est développée à la face, chez cette malade, que plusieurs mois après les expériences que nous venons de rapporter.

Entre autres détails intéressants, l'observation suivante nous montre également une différence entre les deux côtés du corps au point de vue de l'hyperexcitabilité :

E. P..., hystéro-épileptique, anesthésique totale, ovarienne, etc., présente cette particularité dans le mode de production du sommeil hypnotique, que la simple fixité du regard produit chez elle ce que l'on obtient plus fréquemment par l'action d'une lumière très intense. Elle entre d'abord dans *l'état cataleptique* qui persiste indéfiniment, et alors le sommeil ne peut être obtenu qu'à la condition de lui fermer les yeux. La catalepsie cesse aussitôt et la malade devient léthargique.

L'hyperexcitabilité neuro-musculaire caractéristique de la léthargie présentait, le 20 janvier 1881, les particularités suivantes :

1° La contracture demande pour se produire une malaxation assez énergique des masses musculaires.

2° Elle se montre avec plus de facilité à la suite de l'excitation tendineuse. Mais il faut alors répéter les chocs, et l'on voit la contracture s'accentuer graduellement. La simple pression sur le tendon est impuissante.

3° L'hyperexcitabilité est plus développée sur le bras gauche que sur le bras droit. La différence entre les deux côtés est assez notable. Il faut insister beaucoup plus pour obtenir à droite les mêmes résultats qu'à gauche. On y arrive cependant.

4° Lorsque l'excitation est insuffisante, on n'obtient qu'une contraction plus ou moins prolongée ou bien une contracture qui se résout d'elle-même bientôt.

5° La contracture une fois bien établie persiste après le réveil.

B. — L'hyperexcitabilité neuro-musculaire peut cesser partiellement dans une partie du corps, ou inversement peut y être provoquée.

Chez une de nos malades qui présente à un haut degré l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, nous avons vu plusieurs fois dans le cours de nos expériences cet état musculaire spécial disparaître tout d'un coup pour faire place à un état paralytique localisé à un seul côté du corps et qui persistait au réveil. D'ailleurs nous avons toujours pu, à la suite de quelques manœuvres, ramener la motilité, et, au bout de quelques instants, rendre à la malade toute la liberté de ses mouvements.

Je rapporterai plus loin en détail quelques-uns de ces faits.

A la suite d'une expérience, chez un autre de nos sujets, la nommée B..., pendant laquelle nous avions laissé le membre supérieur droit levé en attitude cataleptique pendant plus de trente-cinq minutes, nous avons constaté que ce même membre avait perdu ses propriétés neuro-musculaires pendant l'état léthargique. Il était impossible d'y provoquer la contracture par les moyens ordinaires, tandis qu'elle se produisait très facilement sur les autres parties du corps.

Comme contraste, je rapprocherai du fait qui précède, l'expérience suivante dans laquelle, pendant l'état somnambulique, alors que, sui-

vant la règle, l'hyperexcitabilité neuro-musculaire spéciale dont il s'agit ici avait entièrement disparu, cette disposition musculaire spéciale a pu être rappelée dans un seul membre :

16 *janvier* 1880. — B... est plongée par la friction sur le sommet de la tête dans le sommeil sans hyperexcitabilité neuro-musculaire ou état somnambulique. L'excitation mécanique directe ou indirecte des muscles n'amène plus leur contracture. Les réflexes tendineux n'en sont pas moins conservés. La résolution musculaire est parfaite. La catalepsie n'est plus possible par l'ouverture des yeux. L'état de la motilité est le même par tout le corps.

Nous recherchons l'état de la contractilité électrique que nous trouvons normale. Mais au bout de quelques instants de faradisation, nous nous apercevons que le membre sur lequel nous opérons est redevenu hyperexcitable. En effet, l'excitation mécanique des nerfs et des muscles amène la contracture de la façon que l'on sait, mais cela au bras gauche seulement. Tout le reste du corps n'offre pas trace d'hyperexcitabilité.

Lorsque les paupières sont ouvertes, le bras gauche devient cataleptique, ce qui n'a lieu en aucune façon pour le bras droit.

Enfin, je citerai simplement ici pour mémoire, les cas de paralysies provoquées partielles que nous étudierons plus loin. Il arrive alors que le membre qui en est affecté a perdu toutes les propriétés neuro-musculaires des différents états nerveux hypnotiques.

C. — Variations individuelles de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire.

D'une malade à l'autre, l'hyperexcitabilité neuro-musculaire peut présenter de grandes différences au double point de vue de la précision et du degré de développement de ses caractères. Les différents degrés que l'on observe successivement chez une même malade, lorsque le phénomène est en voie de développement, peuvent se montrer isolément chez des malades différentes, et l'on conçoit fort bien que, suivant les dispositions spéciales du sujet, le phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire puisse s'arrêter aux diverses phases de son évolution. Nous rapporterons ici deux observations dans lesquelles les caractères du sommeil hypnotique se sont montrés peu développés :

L. D., seize ans, hystéro-épileptique, a de grandes attaques convulsives avec arc de cercle et attitudes passionnelles, a en outre des accès de somnambulisme naturel. Ovarienne à gauche principalement.

Entrée le 6 février 1881 à l'hospice, où elle n'a fait qu'un très court séjour.

9 *février* 1881. — L'anesthésie se trouve réduite à une plaque de la largeur des deux mains environ et qui occupe le sommet de la tête, plus étendue à gauche qu'à droite; en avant elle coupe le front obliquement, descendant jus-

qu'au niveau du sourcil gauche. Il n'y a pas d'achromatopsie. Les réflexes tendineux sont exagérés aux genoux; ils sont fort peu accusés aux poignets et aux coudes, un peu plus cependant aux membres du côté gauche.

La malade est assise sur une chaise et on la prie de fixer avec persistance la tête brillante d'une grosse épingle que l'on maintient à peu de distance de ses yeux et un peu en haut.

Au bout de cinq minutes environ, on remarque quelques mouvements cloniques dans les muscles de la face, surtout du côté gauche, les conjonctives sont rouges, les sourcils se contractent. La fixité du regard augmente, le clignotement disparaît. A ce moment les membres sont insensibles à la piqûre; lorsqu'on les soulève, ils retombent inertes; il n'y a pas de catalepsie. Les réflexes tendineux aux deux bras sont manifestement exagérés. Le même état persiste un quart d'heure environ avec quelques frémissements de tout le corps et des muscles de la face de temps en temps; l'objet brillant est toujours maintenu devant les regards de la malade.

Puis tout d'un coup, pendant que l'on continue à piquer les membres du sujet, on s'aperçoit que la sensibilité a reparu partout; chaque piqûre donne lieu à un mouvement réflexe, indice que l'impression est perçue par le centre nerveux. Alors on retire l'objet qui sert à maintenir la fixité du regard, pensant que l'expérience était terminée. Mais aussitôt les yeux se ferment et la malade tombe dans un état de résolution tel que nous n'en avons jamais observé de semblable. La malade est endormie. Tout son corps s'affaisse sur lui-même au point qu'elle glisse sur sa chaise, et qu'on a peine à l'y maintenir assise. La tête retombe lourdement sur la poitrine, oscillant d'un côté sur l'autre suivant qu'on cherche à la redresser.

Dans cet état les réflexes tendineux sont fort exagérés. Le choc sur le tendon rotulien donne lieu à un soubresaut de tout le corps; aux coudes et aux poignets le choc tendineux est suivi d'un mouvement bien plus étendu que pendant la veille. En somme, nous trouvons ici *exagération et généralisation des réflexes tendineux*, mais nulle tendance à la contracture. La contracture n'est produite ni par la percussion répétée des tendons, ni par la malaxation des masses musculaires.

La sensibilité persiste, et le pincement ainsi que la piqûre donnent naissance à des mouvements réflexes; la malade retire son membre, et la douleur se peint sur sa physionomie, qui autrement est impassible et sans expression.

L'ouverture des yeux n'a pas lieu sans quelque difficulté, à cause du spasme des paupières et de la convulsion des globes oculaires. On y arrive cependant, mais le regard ne paraît pas bien fixe et au bout de peu d'instants les paupières se ferment d'elles-mêmes. Pendant que les yeux sont ouverts, l'état musculaire ne change pas, pas de catalepsie possible, même état des réflexes, même résolution.

Bientôt la malade est prise de secousses des bras, analogues à celles du début de son attaque. La crise paraît imminente. Nous nous empressons alors de la réveiller par le souffle sur le visage et sur les yeux. Il faut insister un peu pour y parvenir.

La malade se dit très fatiguée; elle ne peut se tenir debout, ses jambes refusent de la porter. Elle a une tendance invincible au sommeil et se rendort d'elle-même. On la fait alors porter à son lit où elle ne tarde pas à s'éveiller spontanément.

Nous la revoyons environ une demi-heure après. Elle est parfaitement réveillée, et ne ressent d'autre malaise qu'une grande fatigue. Nous constatons que les réflexes tendineux sont bien plus exagérés qu'avant l'expérience, tout en l'étant à un degré moindre que pendant le sommeil.

Cette expérience d'hypnotisme est la seule qui ait été faite sur cette malade. C'était la première fois qu'elle y était soumise, et nous ne pûmes la répéter, car elle sortit de l'hospice le lendemain même.

Ici, des phénomènes musculaires qui servent à caractériser l'hypnotisme, un seul persiste, c'est l'exagération des réflexes tendineux qui se montre d'une façon très manifeste. Il n'y a aucune aptitude des muscles à la contracture quand les yeux sont fermés, et lorsqu'ils sont ouverts, aucune tendance à l'état cataleptique. Enfin la résolution musculaire s'est montrée là à un degré peu ordinaire, et la fatigue qui a suivi l'expérience est un fait tout à fait exceptionnel.

Dans l'observation suivante, à l'exagération des réflexes tendineux s'ajoute une certaine tendance à la contracture, bien qu'aucune localisation précise soit possible. Ce n'est en somme qu'une sorte d'état rudimentaire de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, et l'état cataleptique qui suit l'ouverture des yeux ne peut être provoqué.

18 *février* 1881. — V..., hystéro-épileptique, hémianesthésique à gauche, analgésique du côté droit. Pas d'achromatopsie.

Exagération des réflexes tendineux aux membres supérieurs comme aux membres inférieurs, plus accusés à gauche qu'à droite. A la jambe gauche la trépidation épileptoïde peut être provoquée par le procédé ordinaire (soulèvement de la pointe du pied).

Cette malade n'a jamais été endormie. Nous la prions de fixer du regard un objet brillant et rapproché. Au bout de peu d'instants elle pousse quelques soupirs, puis bientôt les yeux se ferment, la tête se renverse, elle est endormie.

La résolution musculaire est complète. Les réflexes tendineux ont subi une exaltation notable. Le mouvement réflexe est plus étendu.

La malaxation des masses musculaires ne détermine aucune contracture. Il en est de même aux poignets pour l'excitation mécanique portée sur les tendons, percussion, friction ou malaxation. Mais le choc rotulien donne un résultat différent. A la suite de plusieurs coups portés successivement, la jambe se roidit dans l'extension et la contracture envahit en même temps les quatre membres. Cette contracture cède facilement par la friction.

Le spasme des paupières empêche l'ouverture des yeux, les pupilles se cachent convulsivement sous la paupière supérieure et ne se laissent pas découvrir. La catalepsie n'est pas possible. — Le réveil est facilement obtenu par le souffle sur le visage.

Les deux exemples qui précèdent nous montrent le sommeil hypnotique à un degré fort incomplet, sorte d'état rudimentaire. Les phénomènes psychiques sont nuls, l'état cataleptique n'existe pas, pas plus que l'aptitude des muscles à la contracture localisée. En outre de la somniation et de la perte de connaissance, l'exaltation des réflexes tendineux, simple ou accompagnée de tendance à la contracture, est le lien qui rattache ces faits incomplets à l'état de léthargie hypnotique entièrement développé dont nous avons donné la description. Mais, entre ces deux extrêmes, l'on conçoit qu'il existe de nombreux degrés intermédiaires qui constituent comme autant de variétés.

D. — État cataleptoïde.

Il est des cas dans lesquels l'hyperexcitabilité neuro-musculaire de la léthargie donne naissance à une sorte de catalepsie qu'il importe de ne pas confondre avec la catalepsie véritable et que, pour cette raison, nous avons proposé de désigner sous le nom d'*état cataleptoïde.*

L'état cataleptique dont nous exposerons tout à l'heure les principaux symptômes neuro-musculaires constitue un des modes du sommeil nerveux, bien distinct de cet autre mode que nous décrivons sous le nom de *léthargie hystérique provoquée* dont l'hyperexcitabilité neuro-musculaire constitue un des principaux caractères.

L'on sait comment ces deux modes du sommeil nerveux peuvent se succéder chez un même sujet, ou même s'y montrer simultanément en n'affectant chacun qu'une moitié du corps (hémi-léthargie, hémi-catalepsie). Mais il n'en est pas toujours ainsi; à côté des cas que l'on pourrait appeler les cas types et réguliers dans lesquels tous les symptômes offrent le caractère de précision sur lequel nous venons d'insister, il en est d'autres moins parfaits dans lesquels le sommeil hypnotique n'est plus susceptible d'être divisé en deux périodes distinctes : état léthargique avec hyperexcitabilité neuro-musculaire, et état cataleptique. C'est une sorte d'état mixte qui paraît tenir des deux à la fois, et qui compte au nombre de ses manifestations les symptômes cataleptoïdes dont il est question.

Dans l'exemple suivant l'hypnotisme est caractérisé par un délire spontané ou provoqué. Il s'y joint l'état musculaire spécial sur lequel nous insistons ici.

H..., hystéro-épileptique, anesthésique totale et achromatopsique excepté pour le violet; a de grandes attaques convulsives dans lesquelles le spasme laryngé se montre à un degré peu ordinaire. Les réflexes tendineux sont ma-

nifestement exagérés aux genoux, ils offrent même une légère tendance à la généralisation. Par contre, aux coudes et aux poignets, ils sont très peu marqués.

9 *février* 1881. — Tentative d'hypnotisme par le procédé de la fixité du regard, en convergence supérieure. Au bout de cinq minutes environ, les yeux se ferment tout à coup, la tête se renverse, le cou se gonfle et la respiration devient laborieuse. Il se produit un spasme laryngien analogue à celui qui se montre pendant ses grandes attaques convulsives, avec cette différence toutefois, qu'il est ici bien moins violent. Bientôt le spasme cesse, et sans ouvrir les yeux, ni reprendre connaissance, la malade se met à divaguer, en proie à un délire qui ne tarde pas à être interrompu par une nouvelle crise de spasme laryngien. L'état de somniation ainsi produit se compose de deux phases distinctes qui se succèdent alternativement à la façon de ce qui a lieu dans ses grandes attaques convulsives. La phase délirante présente ceci de particulier : le délire survient bien spontanément comme il arrive dans la grande attaque, il est parfois incohérent, d'autres fois il roule sur des sujets variés se rapportant aux incidents qui ont marqué la vie de la malade; mais de plus il peut être provoqué par l'observateur et conduit dans une direction déterminée. Les sens de la malade ne sont pas complètement fermés au monde extérieur. Elle entend les questions qu'on lui adresse, y répond d'une façon plus ou moins juste, et il est facile de provoquer chez elle des hallucinations variées.

Pendant tout ce temps l'état musculaire est intéressant à noter et c'est sur lui que nous appelons particulièrement l'attention. Il persiste avec les mêmes caractères pendant la phase de spasme ou celle de délire. et que la malade ait les yeux ouverts ou fermés. En premier lieu, nous constatons une exagération très marquée des réflexes tendineux aux coudes et aux poignets. Aux genoux, le choc sur le tendon rotulien, en outre de la secousse de la jambe, provoque un soubresaut dans les deux bras. — Mais les manifestations de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire ne se bornent pas là.

La percussion répétée ou la friction des tendons du poignet amènent la contracture de la main soit en flexion, soit en extension, suivant les tendons excités.

La malaxation des masses musculaires de l'avant-bras produit également la contracture; la même chose se produit aux cuisses.

Le sterno-mastoïdien se contracture aussi sous l'influence de l'excitation mécanique, mais les muscles de la face demeurent inexcitables. L'excitation du nerf cubital en arrière de l'épitrochlée provoque la contracture du poignet et de la main dans la flexion; la griffe cubitale est imparfaite. Ces contractures diverses cèdent par la friction des muscles antagonistes.

Jusqu'ici nous voyons que l'hyperexcitabilité neuro-musculaire présente, à peu de chose près, la plupart des caractères que nous avons décrits précédemment; mais nous constatons en outre une aptitude spéciale des membres à conserver les attitudes communiquées. Il semble que l'état cataleptique et l'état d'hyperexcitabilité neuro-musculaire soient ici confondus et existent en même temps. Avec un peu d'attention cependant, il est facile de se convaincre qu'il ne s'agit pas ici de l'état cataleptique véritable, mais d'une sorte d'état cataleptoïde qui ne saurait être considéré que comme une nouvelle manifestation de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire.

En effet, les membres sont toujours lourds à soulever; ils ne conservent qu'imparfaitement les attitudes communiquées, et la friction amène toujours la détente du membre et la résolution musculaire complète. En soulevant les paupières de la malade et en maintenant ses yeux ouverts, l'état cataleptique véritable ne saurait être obtenu. Les réflexes tendineux persistent, et si les membres gardent les attitudes communiquées, c'est avec les mêmes caractères que précédemment. De plus la contracture par excitation mécanique directe est toujours possible.

Que les yeux soient ouverts ou fermés, la mobilité, chez cette malade, présente les mêmes modifications. Nous avons remarqué que les yeux maintenus ouverts présentaient toujours un certain degré de convergence.

Nous avons pu observer cet état cataleptoïde chez plusieurs de nos malades, les caractères qu'il présente se sont montrés identiques et il est inutile d'en multiplier les exemples. Il ressort des faits que nous avons pu étudier, que cet état, qui paraît tenir à la fois et de la léthargie et de la catalepsie, caractérise, pour ainsi dire, un degré inférieur de l'hypnotisme. Il se montre chez les sujets peu aptes à ce genre de recherches, ou bien, s'il se rencontre chez les sujets bien prédisposés, ce n'est que dans les premières expériences, avant que l'état hypnotique, par la répétition des séances, ne se soit pour ainsi dire perfectionné. En effet, les malades chez lesquelles on l'observe ne présentent généralement ni l'hyperexcitabilité neuro-musculaire dans son état complet de développement, tel que nous l'avons décrit, ni l'état cataleptique parfait, dont nous exposerons plus loin les caractères. L'occlusion ou l'ouverture des paupières ne le modifient pas sensiblement. Nous avons pu noter que le plus souvent, dans ce cas, les yeux ne se laissent pas ouvrir facilement; un spasme maintient les paupières fermées, la pupille fuit la lumière en se cachant soit sous la paupière supérieure, soit sous la paupière inférieure; lorsque néanmoins on arrive à la découvrir on constate un degré de strabisme plus ou moins accusé, ou bien si le regard paraît direct, il est sans fixité et les paupières ont une tendance invincible à se fermer. Cependant nous avons pu remarquer quelquefois que, lorsque les yeux étaient ouverts, quelqu'imparfaitement que ce soit, l'aptitude des membres à conserver les attitudes communiquées augmentait, sans que la tendance à la contracture provoquée fût, pour cela, diminuée.

En résumé, les caractères de l'état cataleptoïde sont les suivants :

1° Les yeux sont le plus souvent fermés; s'ils sont ouverts la convulsion des globes oculaires empêche toute fixité du regard.

2° L'aptitude des membres à garder une situation communiquée présente les particularités suivantes :

a) Souvent cette aptitude est inégalement développée sur les différents segments du corps.

b) Le membre est lourd à soulever et il existe dans les articulations une certaine roideur (*flexibilitas cerea*).

c) Pour que le membre garde la position dans laquelle on le place, il faut *insister quelque peu*, et le *maintenir* au moins quelques secondes avant de l'abandonner.

d) Dans le plus grand nombre de cas, le membre *retombe bientôt* de lui-même.

e) Enfin la *friction et le massage des masses musculaires amènent toujours* la résolution du membre qui retombe inerte.

3° L'hyperexcitabilité neuro-musculaire existe à un degré quelconque. Les réflexes tendineux sont exaltés.

4° Que les yeux soient ouverts ou fermés, l'état musculaire reste le même, présentant toujours ce double caractère d'hyperexcitabilité et d'état cataleptoïde.

Il nous paraît facile de saisir de quelle manière l'état cataleptoïde se rattache au phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire.

Le membre qui paraît cataleptique n'est, en somme, qu'un membre contracturé. La contracture s'y développe sous l'influence des manœuvres de l'expérimentateur qui cherche à déplacer le membre. Nous avons vu, en effet, qu'il est nécessaire d'insister un peu pour faire garder au membre l'attitude communiquée. De plus, lorsqu'on cherche à modifier l'attitude du membre, on constate une roideur, indice certain de contracture. Enfin cette contracture cède sous l'influence de la malaxation du membre.

Pour terminer, nous rapporterons l'observation suivante qui met bien en relief et les différences qui séparent l'état cataleptoïde de l'état cataleptique véritable, et les liens qui rattachent cet état cataleptoïde au phénomène de l'hyperexcitabilite neuro-musculaire.

31 *janvier* 1881. — C... s'endort facilement par la pression sur les globes oculaires et sur les tempes. L'état de somniation ainsi produit se caractérise par l'exaltation des réflexes tendineux et par la tendance des muscles à la contracture, sous l'influence de l'excitation mécanique soit des tendons, soit des nerfs, soit des masses musculaires.

L'hyperexcitabilité neuro-musculaire n'est pas générale. Elle n'existe pas à la face [1].

Nous essayons de produire l'état cataleptique par l'ouverture des yeux. Les paupières se laissent assez facilement soulever, mais les globes oculaires

1. L'hyperexcitabilité neuro-musculaire s'est développée plus tard à la face chez cette malade.

sont convulsés en haut et à droite. — L'état cataleptique que nous obtenons ainsi est imparfait, les membres conservent bien les attitudes communiquées; mais les frictions à la surface du membre les font cesser; l'hyperexcitabilité neuro-musculaire est conservée, et les réflexes tendineux persistent. Il est aisé de reconnaître là l'état cataleptoïde. — En effet, en insistant sur l'ouverture des yeux, les globes oculaires s'abaissent et le regard devient fixe. Dès lors la catalepsie est parfaite. Les membres sont souples, légers à mouvoir; les attitudes communiquées ne sont plus modifiées par la friction du membre; plus de réflexes tendineux, ni d'hyperexcitabilité neuro-musculaire.

Ce qui précède montre bien les différences qui existent entre l'état cataleptique vrai et l'état cataleptoïde. Dans le cours de la même séance, nous avons fait sur cette même malade une expérience destinée à mettre en lumière les connexions qui relient cet état cataleptoïde au phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire.

Cette expérience consiste à produire sur un segment de membre l'état cataleptoïde pendant la phase de léthargie.

Il suffit simplement pour cela de malaxer légèrement toute la surface de ce segment de membre, pour obtenir au lieu d'une contracture localisée, une sorte de roideur généralisée, qui permet à cette partie du membre de conserver les diverses attitudes communiquées. C'est alors qu'on observe, lorsque l'on cherche à varier les positions, la véritable *flexibilitas cerea*, ou bien encore la roideur des mannequins de peintre dont parlent les auteurs.

Il semble alors que cette sorte d'état cataleptique est bien due à un léger degré d'hyperexcitabilité neuro-musculaire développée par la manœuvre que nous avons dite; car il suffit d'exercer quelques frictions sur le membre pour faire cesser toute roideur et en même temps toute apparence d'état cataleptique.

Il existe une autre variété de l'état cataleptoïde qui peut être produit pendant la période somnambulique de l'hypnotisme et qui consiste dans un degré incomplet de la contracture spéciale à ce nouvel état nerveux. Nous en parlerons plus loin.

E. — L'hyperexcitabilité neuro-musculaire qui se montre à son plus haut degré de développement pendant le sommeil hypnotique, peut exister à quelque degré pendant la veille.

Enfin nous avons reconnu, dans le cours de nos expériences, que l'hyperexcitabilité neuro-musculaire pouvait être observée chez nos malades en dehors de l'état hypnotique, pendant la veille.

Nous pouvons dire que nos recherches sur la contracture hypnotique nous ont conduit à la constatation de phénomènes analogues chez les hystériques à l'état de veille, et ont été l'occasion en même temps que le guide de nos études sur cet état musculaire spécial que nous avons désigné, à la suite de M. Charcot, par le nom de diathèse de contracture.

Ce n'est ordinairement qu'un premier degré de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire que l'on observe alors. Cela se borne, le plus souvent, à la transformation en contracture du réflexe tendineux. Mais parfois le phenomène peut devenir plus complet : la contracture localisée peut être obtenue par la malaxation des masses musculaires, et la pression des nerfs. D'ailleurs les résultats que l'on obtient dans ces conditions n'égalent jamais ceux qui sont observés pendant l'état de somniation. Nous ajouterons que ces phénomènes n'ont rien de général. Ils ne s'observent pas chez toutes les hystéro-épileptiques, et telle qui, pendant la veille, n'offre aucune tendance à la contracture musculaire, peut n'en présenter pas moins, pendant l'état de somniation, les signes les plus complets de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire. D'ailleurs nous reviendrons plus loin sur les phénomènes hypnotiques observés pendant la veille.

IV

PHÉNOMÈNES PRODUITS PAR L'APPLICATION DU COURANT GALVANIQUE SUR LA VOUTE DU CRANE PENDANT LA PÉRIODE LÉTHARGIQUE DE L'HYPNOTISME

Dans deux communications faites à la Société de biologie (7 janvier et 14 janvier 1882), M. Charcot a attiré l'attention sur les phénomènes produits par l'application sur la voûte du crâne du courant galvanique pendant la période léthargique de l'hypnotisme.

Ces recherches, dans lesquelles nous avons assisté notre maître, peuvent être ainsi résumées.

Les malades hystériques sur lesquelles ont porté les observations sont au nombre de dix. Elles peuvent être ramenées à trois groupes.

a) Sur quatre de ces sujets le courant galvanique appliqué sur un des côtés du crâne, pendant l'état léthargique, provoquait, sans amener le réveil, des secousses musculaires, souvent très énergiques, du *côté opposé du corps*, à savoir dans les deux membres et dans la moitié de la face; tandis que, la malade une fois réveillée, le même courant appliqué de la même façon ne donnait lieu chez elle à aucun mouvement.

Voici quelques détails relativement aux observations faites à ce sujet :

La malade une fois plongée dans l'état de léthargie, par les procédés habituels, la fixation du regard par exemple, et la présence de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire caractéristique de cet état étant reconnue, un des tampons (le tampon négatif) était placé et maintenu sur le ster-

num (ligne médiane), et l'autre tampon était appliqué successivement soit sur la bosse frontale d'un seul côté, soit à un ou deux centimètres au-dessus du pavillon de l'oreille.

On interrompait alors le courant, et, quelquefois à l'ouverture, le plus souvent à la fermeture, une secousse très nette était observée du côté du corps opposé à l'application du tampon sur le crâne, soit dans la face (commissure labiale tirée en dehors), soit dans le membre supérieur, soit dans le membre inférieur (brusquement soulevés), soit enfin dans deux ou dans les trois parties à la fois.

L'expérience répétée par l'application du tampon, tantôt sur le côté droit, tantôt sur le côté gauche de la tête, a toujours donné des résultats identiques, et toujours les membres et la face du côté correspondant à la région du crâne sur laquelle les électrodes étaient appliqués sont restés sans présenter de mouvement.

Les secousses provoquées n'ont toujours eu lieu qu'au moment de l'interruption du courant, interruption simple ou inversion, et le courant galvanique devait avoir, en général, pour produire les secousses, une intensité suffisante pour faire dévier de 20° à 30° l'aiguille du galvanomètre, gradué en 10 milli Weber. On s'est servi de 4 à 10 éléments Leclanché (10 éléments Leclanché équivalant environ à 15 Daniell).

Dans ce mode d'opérer avec un tampon appliqué sur le sternum et l'autre sur un côté du crâne, la face se trouve placée, d'une façon plus ou moins directe, sur le passage du courant, et les mouvements observés dans cette région pourraient, à la rigueur, être attribués à une action plus ou moins directe du courant sur les muscles ou nerfs de la face.

Aussi, dans d'autres recherches, le procédé opératoire a-t-il été modifié de la façon suivante. Les pôles étaient placés tous deux sur une même moitié du crâne; l'un d'eux était maintenu sur le sommet de la tête, à 2 ou 3 centimètres de la ligne médiane, à l'extrémité d'une ligne verticale qui passerait par le conduit auditif externe; — ce point correspond, comme on sait, à peu près à la limite supérieure de la région encéphalique, dite zone motrice corticale; — l'autre était placé, soit au-devant et un peu au-dessus du pavillon de l'oreille, soit en arrière, à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'apophyse mastoïde[1].

1. L'excitation galvanique extérieure se transmet-elle réellement à travers les téguments, la paroi crânienne, la dure-mère, jusqu'à l'encéphale ? C'est là une question qui divise les auteurs. Erb a cherché à la résoudre par la voie expérimentale, M. Charcot, avec notre concours et celui de M. Féré, a répété l'expérience de Erb, en la modifiant.

Voici le dispositif que nous avons adopté, et, en même temps, l'indication des résultats obtenus.

Sur un cadavre, une des moitiés du crâne est enlevée par deux traits de scie, l'un horizontal, l'autre vertical, comme on a l'habitude de le faire pour la préparation de la faux du

Les résultats de l'expérience n'ont pas été modifiés par ce dispositif nouveau et les interruptions du courant, dans des conditions d'égale intensité, ont provoqué, comme précédemment, des secousses de la face, du bras et de la jambe du côté opposé au lieu d'application des tampons sur le crâne.

Ces faits une fois bien constatés dans l'état léthargique, il s'agissait de savoir s'ils étaient bien une particularité de cet état nerveux spécial ou s'ils se rencontraient indifféremment à l'état de veille.

Chaque expérience a donc été répétée sur le même sujet, pendant la veille, dans des conditions identiques et avec une égale intensité du courant. Or, toujours, dans ce dernier cas, le résultat a été négatif. Réveillée, la malade supportait parfaitement, à part un peu de céphalée et quelquefois la présence des étincelles de Purkinje, le passage du courant ainsi que les interruptions ou inversions; aucun mouvement n'était observé soit à la face, soit aux membres.

Ces expériences ont été répétées plusieurs fois chez la même malade et ont toujours donné les mêmes résultats.

Ainsi, chez C..., il y a eu deux séances; deux chez W...; quatre chez P... et jusqu'à dix chez B... Dans chacune de ces séances, les mouvements croisés, et exclusivement croisés, ont été provoqués environ une quarantaine de fois : soit 720 fois en tout. C'est là, dans l'espèce, un chiffre qui peut paraître considérable.

b) Le deuxième groupe se compose de quatre malades hystériques

cerveau. L'hémisphère de ce côté est enlevé. Deux tiges métalliques, enduites de cire à modeler, sont plongées dans l'autre hémisphère, resté en place. L'une, supérieure, est recourbée de façon à contourner le bord inférieur de la faux du cerveau et à atteindre par son extrémité la surface corticale, vers la partie supérieure des circonvolutions ascendantes. L'autre tige, placée plus inférieurement, est droite et enfoncée directement au travers de l'hémisphère, de façon à ce que son extrémité atteigne la face interne de l'os temporal. Les extrémités des deux tiges sont mousses, et poussées avec précaution jusqu'au contact des parois osseuses, elles ne peuvent déchirer les membranes qui revêtent ces parois. Ensuite, les parties libres des deux tiges métalliques sont isolées de nouveau avec de la cire fondue, dont on remplit d'ailleurs exactement toute la partie de la cavité crânienne laissée vide par l'ablation d'un hémisphère.

Enfin les extrémités libres des deux tiges sont reliées à un téléphone. Alors, le courant galvanique est appliqué sur le côté du crâne demeuré intact, de la même façon qu'il l'a été chez les malades, à savoir : un électrode sur le sommet du crâne, à quelques centimètres en dehors de la ligne médiane; l'autre, un peu au-dessus et en arrière du pavillon de l'oreille. L'intensité du courant était représentée par 1° du galvanomètre gradué en milli-Weber. Les choses étant ainsi disposées, chaque fois, à l'ouverture et à la fermeture du courant, l'oreille appliquée sur le téléphone perçoit un petit claquement net. Lorsque les deux tampons sont appliqués au voisinage des extrémités libres des tiges métalliques sur la surface de la masse de cire qui remplit une moitié de la cavité crânienne, le galvanomètre ne dévie pas, et naturellement, le téléphone reste silencieux. Si, enfin, les deux électrodes sont appliquées à une certaine distance de la tête, sur une des épaules, par exemple, le galvanomètre marquant 1°, le téléphone cependant reste muet au moment des interruptions. Dans tous les cas, la patte galvanoscopique de la grenouille a donné les mêmes indications soit négatives, soit positives, que le téléphone.

hypnotisables plongées, comme les précédentes, dans l'état de léthargie avec hyperexcitabilité neuro-musculaire. Voici ce que nous avons observé chez les sujets de ce deuxième groupe, les conditions de l'expérience étant exactement les mêmes que ci-dessus. Sur un même sujet les résultats ont quelquefois varié d'une expérience à l'autre, mais toujours les mouvements des membres et de la face, occasionnés par l'interruption du courant galvanique appliqué sur un des côtés du crâne, se sont produits avec *une prédominance marquée du même côté du corps*. Il ne s'agit donc plus ici, comme dans le groupe précédent, de mouvements exclusivement hétéro-latéraux, mais, au contraire, surtout de mouvements homo-latéraux par rapport au côté du crâne où l'excitation galvanique était produite. J'ajouterai que, sur les quatre sujets de ce groupe, trois ont présenté, pendant l'état de veille, sous l'influence de la galvanisation céphalique, des secousses semblables à celles qui avaient été observées par le même procédé pendant l'état de léthargie. Ainsi, chez une seule de ces malades, les secousses provoquées par l'excitation galvanique du crâne ont paru propres à l'état hypnotique.

c) Pour ce qui est de notre troisième groupe, il comprend deux hystériques hypnotisées chez lesquelles la galvanisation céphalique, pratiquée dans les mêmes conditions que précédemment, n'a donné lieu à aucun mouvement. L'une de ces malades présentait à peine le phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, l'autre ne le présentait également qu'à un degré fort incomplet[1].

Les résultats un peu différents observés chez nos diverses malades rendent, pour le moment, toute conclusion définitive impossible. Pourquoi les secousses consécutives à la galvanisation d'une moitié du crâne se produisent-elles chez un certain nombre de sujets du côté opposé du corps, tandis que, chez d'autres, en nombre égal, ils se produisent du même côté? L'excitation des régions dites motrices de l'encéphale ne saurait rendre compte de ces résultats. Il y a donc là bien des inconnues à dégager. Peut-être pourrait-on, se fondant sur les expériences bien connues de Marshal-Hall, Brown-Séquard, Bochefontaine,

1. Les expériences dont il vient d'être question n'ont rien à faire avec d'autres expériences que M. Dumontpallier a voulu leur opposer et dont il a entretenu la Société de biologie dans la séance qui a suivi la communication de M. Charcot.

Sur une hystérique plongée dans le sommeil hypnotique, M. Dumontpallier par une simple piqûre d'épingle, ou par l'action du vent d'un soufflet capillaire sur les régions du cuir chevelu qui correspondent aux régions corticales du cerveau dites motrices a pu provoquer des mouvements de rotation et d'inclination de la tête, des mouvements considérables des membres inférieurs et supérieurs, et l'ensemble de ces mouvements variait suivant le point irrité du cuir chevelu.

Ces expériences de M. Dumontpallier sont certes fort intéressantes, mais à moins de tout confondre, il ne suffit pas d'une analogie grossière pour rapprocher deux phénomènes qui diffèrent d'autre part par des caractères nettement tranchés. Je me contenterai de

Duret, faire intervenir ici l'excitation des régions sensibles de la dure-mère?

Quoiqu'il en soit de l'interprétation physiologique du phénomène, il y a, dans la production de ces secousses consécutives à la galvanisation d'une moitié du crâne, qu'elles se produisent du côté opposé ou du même côté, un fait clinique des plus intéressants. Ces expériences demanderaient à être répétées chez un plus grand nombre de sujets.

ARTICLE II

Phénomènes neuro-musculaires de l'état cataleptique.

L'état cataleptique qui peut être obtenu d'emblée par des manœuvres appropriées, ainsi que nous l'avons vu plus haut, ou qui succède instantanément à l'ouverture des paupières pendant l'état léthargique, présente des caractères neuro-musculaires essentiellement différents de ceux que nous venons d'étudier pendant ce dernier état et je pourrais presque dire diamétralement opposés. La comparaison entre ce qui se passe dans ces deux états nerveux au point de vue neuro-musculaire, accentuera davantage la description que nous allons entreprendre.

I

STABILITÉ CATALEPTIQUE. — PARALYSIE PROVOQUÉE

Pendant l'état léthargique la résolution musculaire existe à son plus haut degré, le membre soulevé retombe inerte, comme mort; ici, au contraire, le membre soulevé ne retombe plus, il reste dans la nouvelle position qui vient de lui être communiquée, jusqu'à ce qu'il plaise à

rappeler que les expériences de M. Charcot ont été faites pendant la phase léthargique avec hyperexcitabilité neuro-musculaire ; or la malade présentée par M. Dumontpallier à la Société de biologie ne présentait pas le phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire. De plus les mouvements observés à la suite de l'excitation galvanique du crâne chez les malades de M. Charcot sont des mouvements brusques très limités, des secousses aussitôt suivies de relâchement, mouvements se produisant exclusivement au moment de l'ouverture et surtout de la fermeture du courant.

Ils diffèrent donc complètement de ceux observés par M. Dumontpallier et qui consistent en mouvements très étendus, imprimant une nouvelle attitude au membre, attitude qui dure jusqu'à ce qu'une nouvelle excitation semblable vienne la faire disparaître.

Il nous semble que les expériences de M. Dumontpallier doivent être rapprochées des faits de contracture obtenus pendant la période somnambulique par l'excitation très légère de la peau et dont nous parlerons plus loin.

l'observateur de la modifier à nouveau. Nous verrons plus loin combien de temps un membre cataleptique abandonné à lui-même peut garder l'attitude communiquée. Pour l'instant j'insiste sur ce point qu'au lieu d'être lourd, comme dans l'état léthargique, le membre cataleptique est léger à soulever, il n'est le siège d'aucune raideur et il se laisse déplacer avec la plus grande facilité.

Les réflexes tendineux tout à l'heure exaltés pendant l'état léthargique, sont maintenant considérablement affaiblis, au point même de disparaître complètement dans les cas les plus accusés, et cette hyperexcitabilité neuro-musculaire si remarquable sur laquelle nous nous sommes longuement étendus a disparu du même coup. La contracture n'a plus lieu sous l'influence de la malaxation; mais l'aptitude à la contracture reparaît aussitôt, si par l'occlusion des paupières de la malade

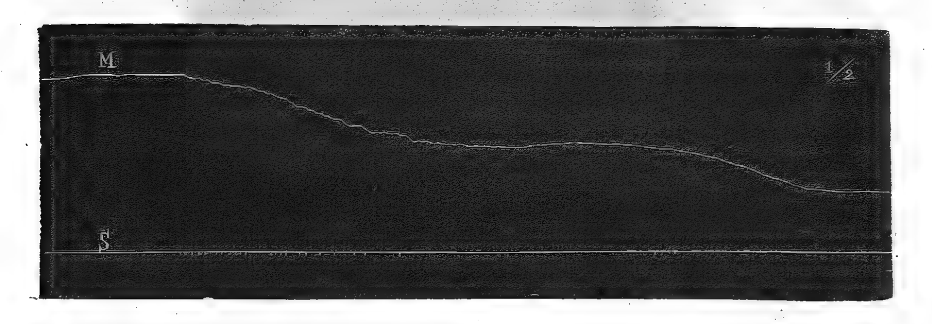


Fig. 134. —Pendant la phase cataleptique un tambour myographique est appliqué sur le muscle biceps brachial, et mis en rapport avec un tambour enregistreur dont le style inscrit sur le cylindre enfumé en M. Au repos le tracé figure une ligne droite. Au moment où l'extrémité ouverte d'un diapason mis en vibration est approchée de la tête d'une aiguille à acupuncture implantée dans le muscle, la ligne du tracé devient descendante, traduisant ainsi le relâchement musculaire qui se produit sous cette influence. — S, est le tracé d'un signal électrique interposé dans le circuit d'une pile dont les deux pôles sont mis en communication l'un avec le diapason et l'autre avec l'aiguille. Le moment du contact du diapason vibrant et de l'aiguille est marqué sur le tracé du signal par une série de fines dentelures.

cataleptique nous ramenons l'état léthargique. Ces modifications instantanées des propriétés neuro-musculaires sont bien mises en relief par l'expérience suivante répétée bien des fois par M. Charcot devant de nombreux auditeurs. Si vous tenez fortement la main d'un sujet cataleptique en faisant quelques efforts de malaxation, aucune modification ne survient dans l'état musculaire du membre. Mais si par l'occlusion des paupières on vient à ramener l'état léthargique, du même coup, en vertu de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, la main du sujet se contracture et serre vigoureusement celle de l'observateur.

Mais la différence entre l'état léthargique et l'état cataleptique est

encore plus accentuée. Un autre phénomène neuro-musculaire propre à ce dernier état nerveux se développe, qui est en quelque sorte la contre-partie de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire propre au premier état. A l'encontre de la contracture qui consiste en une exagération de l'activité musculaire, le phénomène dont il s'agit ici, consiste en une diminution de la même activité.

Des excitations mécaniques de même nature que celles qui, pendant

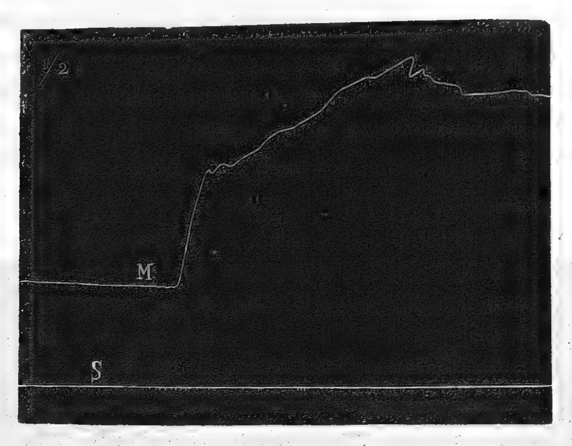


Fig. 135. — Même dispositif expérimental que dans la figure précédente, le sujet étant en état de léthargie. — On constate qu'au moment de l'approche du diapason la ligne du tracé musculaire, au lieu de descendre, subit une ascension brusque traduisant l'état de contracture musculaire qui se produit alors.

l'état léthargique, produisent la contracture, une pression, friction, malaxation des muscles, des tendons ou des nerfs, amènent, pendant l'état cataleptique, le relâchement musculaire et la paralysie.

Dans son degré d'intensité, dans son mode d'extension de même que dans son mode de production, ce phénomène nouveau présente les plus grandes analogies avec la contracture léthargique. C'est ainsi que, dans les cas les plus favorables, l'état paralytique peut être localisé à un seul muscle ou à un groupe musculaire. Dans les cas moins délicats, alors que les phénomènes d'hypnotisme n'ont pas acquis leur parfait développement, l'excitation portée sur un seul point du membre produit la paralysie du membre tout entier. J'ai remarqué que la friction des tendons amenait avec le plus de rapidité, et de préférence à tout autre moyen, la paralysie générale d'un membre. L'excitation portée sur les troncs nerveux ou sur les points moteurs musculaires, lorsqu'elle ne dépasse pas une certaine intensité, produit plus facilement la localisation de la paralysie. Il est nécessaire d'entrer ici dans quelques détails.

L'action paralysante se traduit d'abord par un affaiblissement de la tonicité musculaire, d'où résulte un allongement du muscle que les

tracés myographiques nous ont permis de constater par une descente de la courbe musculaire au-dessous de la ligne du repos cataleptique. La figure 134 est fort démonstrative; dans l'expérience à laquelle elle se rapporte la simple excitation mécanique a été remplacée par le diapason qui conduit au même résultat. Cet allongement musculaire laisse aux antagonistes du muscle qui l'a subi, un rôle prédominant en vertu duquel l'attitude se modifie dans un sens déterminé. C'est ainsi que si nous excitons les fléchisseurs, nous voyons un mouvement d'extension se produire et vice versa. La nouvelle attitude ainsi produite n'est maintenue par aucune raideur et se laisse modifier avec la plus grande facilité.

Une série d'expériences entreprises chez une même malade, comparativement pendant l'état léthargique et pendant l'état cataleptique, offre une belle démonstration du phénomène qui nous occupe. La même excitation mécanique, qui consistait dans une pression avec l'extrémité d'un petit bâton, était portée au même point tour à tour pendant l'état léthargique, la malade ayant les yeux fermés, et, pendant l'état cataleptique, la malade ayant les yeux ouverts. La photographie du résultat obtenu était prise instantanément. On peut constater sur les épreuves que j'ai présentées à la Société de biologie, lors d'une récente communication, que l'attitude cataleptique est précisément l'inverse de l'attitude léthargique.

Ainsi, pendant l'état léthargique, l'excitation du point moteur de l'extenseur propre de l'index amène l'extension de ce doigt. La même excitation, portée au même point pendant l'état cataleptique, en amène la flexion; de même pour d'autres muscles faciles à exciter isolément tels que l'extenseur propre du petit doigt, le long fléchisseur propre du pouce, les interosseux dorsaux, etc...

Les excitations des troncs nerveux donnent un résultat analogue. A la suite de l'excitation du nerf cubital au coude, le pouce se place en extension et adduction forcées, l'index et le médius se fléchissent pendant que les derniers doigts restent étendus; attitude qui est en somme le contraire de l'attitude précédemment décrite de la *griffe cubitale* dans laquelle le pouce est dans l'adduction, l'index et le médius étendus et les deux derniers doigts fléchis. Les excitations du nerf médian et du nerf radial nous ont donné des résultats analogues.

Cette paralysie localisée ne persiste pas au réveil. D'ailleurs, le membre dont l'attitude vient d'être modifiée de la façon que nous venons d'indiquer, n'a pas perdu pour cela son aptitude cataleptique.

Mais il n'en est plus de même lorsque l'excitation mécanique a été plus générale ou plus prolongée, le membre tout à l'heure cataleptique

retombe inerte et flasque le long du corps. La paralysie est totale et toute trace de propriété cataleptique a disparu.

Le membre est lourd. Soulevé il retombe comme une masse inerte. J'ajouterai que, pour obtenir ce résultat pendant l'état cataleptique, il faut user d'une excitation mécanique plus prolongée que pour produire la contracture pendant l'état léthargique.

Cette paralysie persiste dans les conditions suivantes : *a*) Si la malade est plongée en léthargie par la pression oculaire, le membre demeure paralysé et ne présente aucune trace de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire qui existe sur tous les autres muscles du corps. — *b*) Pendant l'état somnambulique obtenu par la friction du vertex, l'inertie du membre paralysé persiste, les excitations cutanées demeurent sans efficacité sur lui, pendant qu'elles produisent la contracture partout ailleurs. — *c*) Enfin, cette paralysie persiste après le réveil. On constate la conservation des réflexes tendineux, mais sans aucune tendance à la contracture. L'excitabilité faradique persiste et la secousse musculaire tout en gardant les caractères de l'état cataleptique qui, en somme, sont ceux de l'état normal, est quelquefois plus élevée, pour reprendre sa hauteur normale avec la disparition de la paralysie (fig. 142). D'autres fois la paralysie existe sans modification de la courbe musculaire. La paralysie d'un membre peut être transférée au membre du côté opposé par les applications aimantées.

Immédiatement après le réveil, on peut constater que cette paralysie s'accompagne d'anesthésie cutanée et musculaire, mais d'une façon transitoire, et la sensibilité revient d'elle-même au bout de quelques instants. Cet état paralytique du membre, lorsqu'il n'est pas très profond, peut disparaître spontanément et progressivement ; mais, dans la plupart des cas, il faut intervenir. Un moyen efficace est la faradisation musculaire; très rapidement, le malade recouvre toute la liberté de ses mouvements.

Nous avons, dans les expériences qui précèdent, un exemple des actions nerveuses suspensives ou d'arrêt, aujourd'hui bien connues depuis les travaux de M. Brown-Séquard sur « l'inhibition ».

II

IMMOBILITÉ DE L'ATTITUDE CATALEPTIQUE

Toutes les expériences que nous avons entreprises à ce sujet sur nos malades hypnotisées, nous ont conduit à ce résultat que les catalep-

tiques ne gardent les attitudes communiquées guère plus longtemps que ne le pourrait faire un homme vigoureux et bien musclé.

C'est déjà quelque chose si l'on considère que nos malades sont des femmes en général d'une musculature médiocre et souvent atteintes d'amyosthénie. Mais nous n'avons pas observé le fait, signalé par d'autres auteurs, de la durée d'une attitude cataleptique (le bras étendu horizontalement par exemple) pendant un temps assez long (une heure et plus), de telle façon que cette durée suffise à elle seule pour écarter tout soupçon de simulation.

D'après nos observations, au bout de dix à quinze minutes le membre étendu commence à descendre et au bout de vingt à vingt-cinq minutes au maximum il est retombé dans la verticale. C'est donc ailleurs qu'il faut chercher un caractère distinctif. Nous avons eu recours alors à l'inscription des phénomènes par les procédés de la méthode graphique.

Chez le simulateur, comme chez la cataleptique, un tambour à réaction, fixé à l'extrémité du membre étendu, est destiné à enregistrer les moindres oscillations de ce membre pendant qu'un pneumographe appliqué sur la poitrine donnera la courbe des mouvements respiratoires. Or voici ce qu'on observe sur les tracés ainsi obtenus.

Chez la cataleptique, pendant toute la durée de l'observation, la plume qui correspond au membre étendu trace une ligne droite parfaitement régulière.

Pendant ce temps, chez le simulateur, le tracé correspondant ressemble d'abord à celui du cataleptique, mais, au bout de quelques minutes, des différences considérables commencent à s'accuser; la ligne droite se change en une ligne brisée, très accidentée, marquée par instants de grandes oscillations disposées en séries.

Les tracés fournis par le pneumographe ne sont pas moins significatifs. Chez la cataleptique: respiration rare, superficielle, la fin du tracé ressemble au commencement. Chez le simulateur, le tracé se compose de deux parties distinctes. Au début, respiration régulière et normale. Dans la deuxième phase, celle qui correspond aux indices de fatigue musculaire notés sur le tracé du membre, irrégularité dans le rhythme et l'étendue des mouvements respiratoires; profondes et rapides dépressions, indices du trouble de la respiration qui accompagne le phénomène de l'effort.

En résumé, la *cataleptique* ne connaît pas la fatigue, le muscle cède, mais sans effort, sans intervention volontaire. Le *simulateur*, au contraire, soumis à la double épreuve, se trouve trahi des deux côtés à la fois: 1° par le tracé du membre qui accuse la fatigue musculaire, et

2° par le tracé de la respiration qui traduit l'effort destiné à en masquer les effets.

Dans de récentes expériences sur l'immobilité cataleptique, M. Rieger a enregistré graphiquement les déplacements du membre étendu par des procédés différents des nôtres et d'une exactitude relative. Le sujet est assis devant le kymographion, il étend son bras sans le regarder; dans la main il tient une épingle dont la tête vient effleurer le papier. Une lumière est disposée de telle sorte que l'ombre de l'épingle est projetée sur le papier sur lequel un aide en marque la trace. Des expériences comparatives sont faites sur des sujets sains de bonne volonté et sur des malades cataleptiques. On constate ainsi que le membre étendu est le siège d'oscillations très marquées chez le sujet sain comme chez le sujet cataleptique. De plus chez le premier il descend assez rapidement, tandis que chez le second la descente est très lente. Chez un sujet cataleptique dont le tracé est donné par l'auteur, la descente au bout d'une heure n'était que de 18 centimètres.

Ces oscillations du membre dans sa totalité, notées par M. Rieger, sont d'ailleurs parfaitement appréciables à l'œil. Nous les avons remarquées chez nos sujets cataleptiques, ainsi que chez les sujets sains sur lesquels nous avons expérimenté. Mais ce ne sont pas ces déplacements en masse du membre que nous avons cherché à inscrire, n'y ayant rien vu de caractéristique. Notre méthode d'inscription, plus délicate que celle qui a été employée par M. Rieger, n'enregistre pas plus les grandes oscillations que le mouvement de descente du membre. Elle consigne avec une exactitude mathématique les fines trémulations, le tremblement souvent à peine perceptible à l'œil et qui par son peu d'étendue et par la rapidité des mouvements qui le composent échappent forcément au procédé d'inscription de l'auteur allemand.

En résumé il n'y a point contradiction entre nos expériences et celles de M. Rieger, et la différence des résultats obtenus tient à la différence des procédés d'enregistrement. Le fait caractéristique noté par M. Rieger consiste dans la lenteur de descente du membre cataleptique, et dans le maintien d'une attitude pendant un temps fort long et qui dépasse de beaucoup les forces d'un individu sain. Ce signe est plus que suffisant pour déjouer la simulation, mais nous ne l'avons pas observé chez nos sujets. Force nous a donc été de chercher des signes différentiels plus délicats. Comme nous, M. Rieger a noté l'absence de fatigue et l'existence dans les muscles cataleptiques des réactions électriques normales.

III

Un des caractères de l'état cataleptique que nous étudions ici consiste dans sa généralisation. Il existe au même degré dans tous les muscles du corps, ce qui fait que la malade est transformée en quelque sorte en un automate parfaitement docile, sans raideur, auquel on peut imprimer avec la plus grande facilité les poses les plus variées. J'ajouterai que les poses sont toujours harmonieuses et que l'automate est quel-

que chose de plus qu'un simple mécanisme à la Vaucanson. Les attitudes expressives se complètent d'elles-mêmes, et l'expression de la physionomie se met en harmonie avec les gestes et réciproquement. C'est ce que nous étudierons plus loin lorsque nous parlerons des phénomènes de suggestion. Il arrive ainsi que les sujets cataleptiques dont nous parlons sont de véritables modèles d'expression et si les sculpteurs de l'antiquité ont fait poser comme modèles des femmes cataleptiques, ainsi que prétendent quelques auteurs, bien certainement il s'agissait de la catalepsie que nous décrivons.

Je ne parlerai pas ici des autres signes, tels que l'ouverture des yeux et la fixité du regard, l'arrêt de la respiration, les modifications de la sensibilité, les troubles intellectuels etc., qui joints aux phénomènes neuro-musculaires servent à caractériser l'état cataleptique. Nous les décrirons plus loin avec tous les détails qu'il convient.

Dans cet état cataleptique la suggestion peut modifier l'état neuro-musculaire au point de produire, par seule action psychique, la contracture ou la paralysie. Mais nous remettons l'étude de ces troubles musculaires particulières au chapitre suivant où ils seront mieux placés en raison de leur étiologie. D'ailleurs ils ne sont pas propres à l'état cataleptique; pendant l'état somnambulique des résultats analogues peuvent être obtenus.

ARTICLE III

Phénomènes neuro-musculaires de l'état somnambulique
Hyperexcitabilité cutano-musculaire

I

CONTRACTURE MUSCULAIRE PAR EXCITATION CUTANÉE SUPERFICIELLE

Les contractures musculaires dues à l'hyperexcitabilité neuro-musculaire de l'état léthargique et que nous avons longuement étudiées plus haut, ne sont pas les seules que présente l'hypnotisme. L'état de somnambulisme en effet est apte également au développement de contractures musculaires aussi intenses, aussi énergiques que celles de l'état léthargique mais qui relèvent d'un mécanisme différent, et présentent des caractères distinctifs.

Lorsque la malade est léthargique, l'excitation cutanée, de quelque intensité qu'elle soit, depuis le simple frôlement jusqu'au pincement et

à la piqûre, n'est suivie d'aucun résultat, tandis qu'une excitation mécanique plus profonde telle que la percussion, la pression ou la malaxation portant sur un tendon, un muscle ou un nerf, provoque aussitôt une contracture exactement en rapport avec le point excité.

Si, par une friction sur le vertex, nous mettons la malade en somnambulisme, le tableau change. L'hyperexcitabilité neuro-musculaire de l'état léthargique a complètement disparu. Plus de contracture par le choc des tendons, le froissement des nerfs, ou la malaxation des muscles. Mais la peau, tout à l'heure inexcitable, a acquis une impressionnabilité exquise et les excitations cutanées superficielles ont seules le pouvoir de produire la contracture.

J'insiste sur le caractère superficiel de l'excitation ; un pincement violent, une piqûre profonde, une forte pression ne produisent aucun effet; le simple frôlement, l'effleurement des poils, l'action d'un courant d'air déterminent une contracture intense.

Dans les cas favorables, la distinction dans le mode de production des deux variétés des contractures hypnotiques se présente avec les caractères de netteté que je viens d'indiquer.

Par une manœuvre très simple, il est possible de rendre en même temps la malade hémi-léthargique et hémi-somnambule. Alors, les muscles de chaque moitié du corps possèdent les propriétés propres à chacun de ces deux états, la démonstration des deux sortes de contractures devient des plus saisissantes.

En outre des différences dans le procédé opératoire, je résumerai ici les principaux caractères qui distinguent la contracture somnambulique de la contracture léthargique.

La contracture somnambulique peut être localisée à un segment de membre et commence d'ordinaire par les muscles sous-jacents, à la portion du tégument sur laquelle porte l'excitation. Mais, elle n'offre pas d'ordinaire dans la localisation ces caractères de précision pour ainsi dire anatomique que présente la contracture de la léthargie.

La contracture somnambulique ne cède point comme la contracture léthargique, à la friction ou au massage des muscles antagonistes, elle cesse sous l'influence d'une nouvelle excitation cutanée, dont le point d'application n'offre pas de relation constante avec l'attitude du membre contracturé. C'est alors, ainsi que l'a signalé M. Dumontpallier, qu'une même excitation cutanée, portée au même point, peut faire et défaire la contracture. On n'observe rien de semblable dans la contracture de la phase léthargique.

Une fois produite, la contracture de la somnambule offre autant de

résistance que la contracture léthargique et persiste dans les circonstances suivantes :

a) Pendant l'état léthargique. — L'hyperexcitabilité neuro-musculaire reprend alors tous ses droits et se montre partout où la contracture somnambulique n'existe pas. La friction, le massage produisent des contractures nouvelles détruites par les mêmes procédés. Mais la peau est redevenue inexcitable. La contracture somnambulique persiste ; ni les excitations légères, ni les excitations profondes ne peuvent rien contre elle. Pour la faire disparaître, il faut replacer le sujet dans l'état de somnambulisme, pendant lequel les excitations cutanées superficielles retrouvent toute leur action.

b) Pendant l'état cataleptique. — La stabilité musculaire caractéristique se montre dans tout le corps, à l'exception de la partie contracturée précédemment pendant le somnambulisme et qui reste dans le même état.

c) Pendant la veille. — Après le réveil, la contracture somnambulique persiste et présente alors les plus grandes analogies avec la contracture léthargique qui, comme on le sait, peut survivre également au sommeil. De nombreuses expériences nous ont montré de part et d'autre une égale résistance aux efforts de traction exercés sur les parties contracturées (Voy. plus loin, p. 627).

Mais les applications aimantées n'ont pas dans les deux cas la même action. Tandis que l'aimant amène rapidement le transfert de la contracture léthargique, il reste sans influence aucune sur la contracture somnambulique qui n'est point déplacée et persiste au même degré.

Cette distinction des deux formes de la contracture hypnotique nous a conduit à un résultat clinique intéressant. Elle nous a permis de distinguer chez les hystériques, en dehors de toute influence hypnotique, deux variétés de la diathèse de contracture répondant chacune à l'une des formes de la contracture de l'hypnotisme. Nous reviendrons plus loin sur ces faits cliniques intéressants.

La contracture somnambulique est essentiellement sous la dépendance d'un état spécial d'hyperesthésie cutanée. Ce fait déjà mis en relief par l'expérience bien simple qui consiste à faire porter les excitations sur le sommet d'un pli fait à la peau, de façon à séparer autant que possible la portion de peau excitée des parties sous-jacentes, trouve sa confirmation dans les phénomènes de sensibilité élective dont il sera question plus loin, et dont nous allons rapporter un exemple.

Jusqu'ici dans tous les cas sur lesquels nous avons basé notre des-

cription la contracture somnambulique succède à l'excitation légère de la peau, quelle que soit l'origine de cette excitation; frôlement avec le doigt ou avec un corps quelconque, souffle avec la bouche, ou avec un soufflet, etc... La personnalité de l'opérateur ne joue aucun rôle.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, nous verrons plus loin qu'il se développe chez certains sujets pendant l'état somnambulique un état spécial d'hyperesthésie cutanée, qui lui permet de reconnaître entre mille le contact de l'opérateur. Dans ces cas, la contracture somnambulique est sous la dépendance exclusive de celui qui a endormi le sujet et dont le contact est seul supporté. L'observation suivante résume en quelque sorte ce que nous avons observé à cet égard.

Expériences relatives au somnambulisme. Somnambulisme électif et somnambulisme indifférent.

25 janvier 1882. — B... est endormie par la fixation du regard, et plongée en somnambulisme par la friction sur le vertex.

Somnambulisme. — La friction du vertex a été opérée par la main de l'expérimentateur. Les yeux sont fermés; leur ouverture n'amène plus l'état cataleptique. Ils se referment d'eux-mêmes. Le sujet semble inquiet, sa respiration est un peu haletante, il recherche les attouchements de l'expérimentateur.

Quelques passes de ce dernier dirigées le long du bras déterminent un état cataleptoïde localisé à ce membre. Le bras peut être soulevé, fléchi; il garde les positions qu'on lui imprime. Mais les articulations sont raides. Au début elles donnent la sensation de la résistance des mannequins de peintre, ou bien de ce qu'on a appelé la *flexibilitas cerea.* Mais de nouvelles passes augmentent cette raideur, qui peut acquérir tous les degrés d'intensité jusqu'à la contracture avec rigidité absolue.

Cet état cataleptoïde ou de contracture disparaît rapidement sous l'influence de passes dirigées en sens inverse.

La pression, la percussion ou la malaxation portées sur les tendons, les nerfs ou les mucles ne produisent aucune contracture (pas d'hyperexcitabilité neuro-musculaire).

Mais la contracture est la conséquence d'une excitation légère de la peau telle que le souffle, le frôlement superficiel de la peau, l'action du doigt à distance, les passes.... Il faut noter que le pincement, la piqûre de la peau restent sans effet.

Au sujet de la contracture somnambulique la personnalité de l'opérateur joue un grand rôle. Ainsi dans le somnambulisme par pression avec la main sur le vertex, la contracture ne peut être obtenue par les procédés ci-dessus énoncés que lorsqu'ils sont mis en œuvre par la personne même qui a exercé la pression. En somme il se produit ici pour la contracture les mêmes phénomènes d'élection que nous rapporterons plus loin au sujet de la sensibilité.

C'est ainsi que la malade peut être partagée entre deux expérimentateurs, dont le contact n'est supporté que par la moitié du corps avec laquelle chacun est mis en communication. La zone d'action des deux expérimentateurs est parfaitement limitée par un plan vertical antéro-postérieur passant par le milieu du corps du sujet : chacun d'eux peut promener les doigts sur une moitié du corps du sujet : face, dos, poitrine (au travers des habits même) sans provoquer aucun geste ou mouvement de défense, mais aussitôt que son doigt dépasse la ligne médiane, B... gémit et fait un mouvement de recul pour éviter l'attouchement du doigt qui a dépassé les limites du territoire qui lui a été dévolu.

Chacun des deux expérimentateurs peut produire à volonté des contractures par le souffle, par les passes, mais exclusivement sur la moitié du corps qui lui appartient. De même une contracture produite par un expérimentateur ne peut être détruite par l'autre; par exemple l'expérimentateur de gauche, ne peut rien contre une contracture produite à droite par l'expérimentateur de droite.

La pression sur le vertex exercée par un nouvel expérimentateur change immédiatement l'état des choses et laisse tout pouvoir pour la production des phénomènes variés du somnambulisme au nouvel arrivant.

Dans cet état de somnambulisme qu'on pourrait qualifier d'électif, eu égard aux phénomènes si curieux d'élection qui s'y produisent, la malade répond aux questions, obéit aux ordres, devient en quelque sorte le sujet aveugle et passif de celui qui s'en est emparé par l'attouchement du vertex. Tout autre observateur n'est pas obéi. J'ajouterai que cette obéissance le plus souvent absolue, peut offrir quelques exceptions, et que, dans tous les cas, elle est accompagnée presque toujours de certaines résistances qui font que le sujet semble n'obéir que contre son gré et contraint par une puissance supérieure.

Ce somnambulisme électif, chez la malade B..., est toujours la conséquence de la pression sur le vertex par la main de l'opérateur pendant l'état de léthargie. Mais il peut être obtenu directement par plusieurs procédés. Ces procédés sont ceux dans lesquels la personnalité entre pour une certaine part. Par exemple si nous endormons B... par les passes suivant la méthode des magnétiseurs, le sommeil produit ne sera point l'état léthargique, mais l'état de somnambulisme avec les phénomènes spéciaux d'impressionnabilité élective que nous avons indiqués. De même, par intimation avec geste à l'appui, B... peut être instantanément plongée dans l'état de somnambulisme. Par contre nous pouvons, en modifiant les procédés opératoires, obtenir des résultats différents. Si pendant que B... est en état léthargique, au lieu de toucher le vertex avec la main nous exerçons sur ce point une pression avec un corps quelconque, ou bien si nous dirigeons sur cet endroit, au lieu du souffle buccal, le vent d'un soufflet, nous obtenons un état de somnambulisme différent de celui que nous venons de décrire en ce que les phénomènes de sensibilité élective n'existent plus.

La malade semble dormir, elle est plus calme, il n'y a plus cet état d'inquiétude si singulier que nous avons noté précédemment. Les yeux sont toujours fermés, les paupières palpitantes. La catalepsie n'est pas possible par le soulèvement des paupières qui retombent d'elles-mêmes aussitôt. Tout le monde peut l'approcher, la toucher, sans qu'elle manifeste le moindre signe d'émotion. Elle est indifférente au contact étranger quel qu'il soit.

Les phénomènes de contracture par excitation superficielle de la peau ont

encore lieu, mais sans influence individuelle spéciale. Le frôlement de la peau, le vent d'un soufflet produisent une contracture qui cesse à la suite d'une nouvelle excitation de même nature appliquée au même point. Mais nous notons que l'action du doigt à distance, qui tout à l'heure produisait la contracture, reste maintenant sans effet.

Le souffle d'un expérimentateur peut encore produire la contracture, mais le vent d'un soufflet a la même action. Et cette contracture disparaît sous l'action d'un léger courant d'air quel qu'en soit la cause (vent d'un soufflet, souffle buccal de qui que ce soit, déplacement de l'air par l'agitation d'un éventail....) Dans cet état de somnambulisme indifférent B... ne répond pas aux ordres. Mais il suffit de l'attouchement du vertex avec le doigt par un expérimentateur, pour voir se développer tous les phénomènes singuliers d'action élective sur lesquels nous avons insisté plus haut.

L'état de somnambulisme indifférent peut être obtenu d'emblée de même que le somnambulisme électif, mais par des procédés différents.

L'audition du tic-tac d'une montre rapprochée de l'oreille gauche[1], les yeux étant fermés, fait bientôt tomber B... dans un état de somnambulisme sans phénomènes de sensibilité élective.

II

ÉTAT CATALEPTOÏDE

La contracture somnambulique s'affirme par degrés à la suite d'excitations cutanées répétées; mais avant d'atteindre le degré extrême de rigidité qui la caractérise, le muscle passe par tous les degrés intermédiaires de raideur. Il arrive ainsi, qu'à un certain moment, la raideur du membre est suffisante pour lui permettre de rester dans une position donnée, et pas assez intense pour que cette position ne puisse être modifiée. Il en résulte une sorte d'état que beaucoup d'auteurs ont confondu avec l'état cataleptique mais qui en diffère foncièrement et mérite le nom d'état cataleptoïde.

En effet, la ressemblance de prime abord est bien faite pour induire en erreur les observateurs qui n'ont pu constater l'état de catalepsie véritable tel que nous l'avons décrit. Le membre d'un somnambule qui, à la suite d'excitations cutanées légères (passes), se trouve dans les conditions de raideur requise, se laisse soulever et garde la position communiquée de la même façon qu'un membre cataleptique. De plus on peut modifier cette première attitude, en donner d'autres plus ou moins variées et qui sont gardées tout aussi fidèlement. Dans ces mouvements communiqués, l'observateur constate en outre une certaine rigidité des jointures qui paraît être la *flexibilitas cerea* des auteurs.

1. Nous savons que cette malade n'entend pas de l'oreille droite.

Si l'on veut se reporter à la description que nous avons donnée de l'état de catalepsie véritable, on comprendra comment, malgré une ressemblance superficielle, nous insistons ici sur la distinction fondamentale qui, à nos yeux, existe entre les deux états.

Je résumerai ainsi les caractères distinctifs qui ne permettent pas de confondre l'état cataleptoïde dû à l'hyperexcitabilité cutano-musculaire de l'état somnambulique, avec la catalepsie véritable.

CATALEPSIE	ÉTAT CATALEPTOÏDE DE SOMNAMBULISME
L'état cataleptique est général, intéressant également tous les muscles de la vie de relation.	L'état cataleptoïde est partiel.
L'état cataleptique se développe instantanément, le membre garde aussitôt la position communiquée.	L'état cataleptoïde s'accuse graduellement à la suite des excitations cutanées superficielles (passes, courant d'air, souffle, etc...).
Souplesse et légèreté des membres. Aucune raideur dans les articulations.	Les membres sont toujours le siège d'une raideur dont le degré varie, depuis la flexibilité cireuse, jusqu'à la contracture.
L'état cataleptique n'est aucunement influencé par les excitations cutanées superficielles.	L'état cataleptoïde cesse de la même façon qu'il a été provoqué, c'est-à-dire à la suite d'excitations cutanées superficielles.
L'état cataleptique est primitif.	L'état cataleptoïde est secondaire.

III

DE L'INFLUENCE DE LA SUGGESTION SUR LES PHÉNOMÈNES NEURO-MUSCULAIRES DE L'ÉTAT DE SOMNAMBULISME

Nous étudierons plus loin en détail les paralysies et les contractures dues à l'influence de la suggestion dans l'hypnotisme. Pour l'instant il nous suffit d'en signaler l'existence. En effet il importe de constater dès maintenant que ce qu'une excitation cutanée légère peut faire pendant le somnambulisme (contracture, état cataleptoïde), une simple idée suggérée peut le produire également. Il nous suffit d'affirmer au sujet somnambule que son bras, par exemple, devient un peu raide pour voir se développer dans ce membre l'état cataleptoïde. Si nous insistons davantage en déclarant que la raideur est devenue telle que la position du membre ne peut plus être modifiée, la rigidité s'accroît au point

d'immobiliser complètement le membre et la contracture la plus intense est effectuée. J'ajouterai même que la suggestion pendant le somnambulisme a une action plus étendue que la seule excitation cutanée superficielle, car par le procédé suggestif nous pouvons, au lieu de la raideur, produire l'impuissance motrice avec relâchement musculaire et flaccidité du membre, ce que l'excitation cutanée superficielle, du moins dans les cas que nous avons observés, ne saurait provoquer. Toujours, en effet, c'est la contracture plus ou moins accentuée que nous avons obtenue par ce dernier procédé.

Ceci nous conduit à examiner une certaine modification de la motilité sous l'influence de la suggestion pendant l'hypnotisme décrite par le professeur Bernheim (de Nancy) et qu'il désigne sous le nom de *catalepsie suggestive.* La dénomination de catalepsie nous paraît, dans ce cas, impropre et destinée à accroître la confusion, car je montrerai comment le cas décrit par M. Bernheim diffère de l'état cataleptique et comment il doit rentrer dans la catégorie des états cataleptoïdes propres au somnambulisme.

« Tous les hypnotisés, sauf ceux du premier degré, dit le Dr Bernheim, sont susceptibles de la *catalepsie suggestive;* je dis suggestive, car dans le procédé que nous employons, la catalepsie n'est jamais spontanée et primitive : les sujets dorment en résolution. S'il est hypnotisé pour la première fois et que je lève rapidement son bras en l'air sans le maintenir il retombe inerte. Si, au contraire, l'ayant soulevé, je le laisse quelque temps en l'air, il peut rester passivement, dans la position dans laquelle je l'ai placé, ou du moins il retombe lentement, avec hésitation. S'il ne se maintient pas, je dis : « Votre bras reste en l'air, vous ne pouvez plus le baisser. » Il reste alors fixé, chez les uns facile à déprimer, retombant à la moindre pression exercée sur lui ; chez les autres contracturé et ne se déprimant que par une pression plus ou moins forte. Je tire les deux bras, je lève une jambe ou les deux, je leur donne les attitudes les plus bizarres ; ils y restent tantôt fixés en contracture dans l'attitude imprimée aussi longtemps que l'hypnotisme persiste, tantôt retombant lentement, graduellement au bout de quelques minutes, un quart d'heure, une demi-heure et plus encore.

« Je prends un pouce de l'hypnotisé, je l'applique contre son nez, je mets le pouce de l'autre main contre le petit doigt de la première, de manière à figurer le pied de nez ; l'hypnotisé le maintient et sa physionomie reste impassible... On peut tétaniser les muscles de la mâchoire, produire le trismus, maintenir les mâchoires écartées, on peut faire un torticolis, un opisthotonos, un pleurosthotonos. Que les yeux soient ouverts ou fermés, que l'on fasse ou non des frictions sur les muscles à

contracter, le phénomène se produit par le seul effet de la suggestion, c'est-à-dire de l'idée du phénomène introduite par la parole ou un geste compris dans le cerveau de l'individu. »

Cette citation suffit pour permettre au lecteur de constater les différences fondamentales qui séparent la catalepsie suggestive du professeur Bernheim, de notre état cataleptique. Il me suffira de rappeler que dans l'état cataleptique, aussitôt que les yeux sont ouverts, la catalepsie se développe subitement et spontanément. Cette catalepsie du même coup est générale; elle existe dans tous les membres et aussi aux muscles du tronc; elle ne s'accompagne jamais de raideur, les membres sont d'une légèreté extrême et se laissent déplacer avec la plus grande facilité; à plus forte raison n'y a-t-il pas de contracture. La respiration est complètement suspendue, ou les mouvements respiratoires sont très lents et superficiels, ainsi que nous le verrons plus loin. Les attitudes imprimées sont toujours harmoniques; influence du geste sur la physionomie et réciproquement. L'ouverture des yeux est la condition obligée de sa production et de son maintien; l'occlusion d'un seul œil la fait disparaître dans tout le côté du corps correspondant. Enfin elle existe souvent chez des sujets avec lesquels il est impossible d'entrer en communication par la parole, au moins dans cet état, d'où il résulte que la suggestion par la parole est dans ces cas impossible.

La distinction entre l'état cataleptique et la catalepsie suggestive étant nettement établie, il nous semble facile de déterminer dans quelle catégorie doit rentrer l'état musculaire spécial décrit par le professeur de Nancy. Il est évident que la description même qu'il en a donnée s'applique parfaitement aux phénomènes neuro-musculaires obtenus par suggestion pendant l'état de somnambulisme et que nous avons décrits plus haut, depuis l'état cataleptoïde jusqu'à la contracture; mais ici nous devons prévenir une objection. Puisque, ainsi que l'a très bien dit M. Bernheim, l'idée peut être suggérée non seulement par la parole, mais encore par un signe quelconque compris par le cerveau du sujet, la contracture produite par excitation cutanée superficielle, n'est-elle pas une contracture par suggestion déguisée? Et les excitations légères (les passes) qui la produisent, ne peuvent-elles pas être considérées comme des signes auxquels le sujet attache l'idée de la contracture? Cette objection naîtra certainement dans l'esprit de tous ceux qui ont tendance à ramener à la suggestion tous les phénomènes hypnotiques.

Il est bien certain que l'excitation cutanée superficielle, comme tout autre geste perçu par le sujet, peut devenir, dans certaines conditions,

un moyen de suggestion. Mais l'existence d'une contracture par excitation cutanée superficielle, en dehors de toute influence suggestive, ne nous en paraît pas moins démontrée. J'énumérerai sommairement les raisons qui plaident en faveur de cette assertion.

a) Chez toutes nos malades, lors des premières expériences, — alors que le sujet en expérience n'avait pas connaissance de ce qui s'était passé antérieurement chez d'autres, et qu'il ne pouvait en aucune façon soupçonner ce qui allait survenir, — nous avons toujours vu, pendant l'état de somnambulisme, l'excitation cutanée superficielle produire la contracture.

b) Je ferai remarquer qu'alors l'excitation cutanée superficielle seule était efficace. La contracture ne suivait ni la piqûre ou le pincement de la peau, ni les pressions ou malaxations exercées sur le membre.

c) De nombreux auteurs ont signalé l'existence de la contracture par excitation cutanée superficielle. Il me suffira de citer MM. Dumontpallier et Magnin, et les Allemands, MM. Heidenhain, Berger, etc... « Donne-t-on à la main, dit P. Börner, en racontant les expériences du professeur Berger, ou au bras une certaine position, et passe-t-on alors doucement le doigt sur la peau à plusieurs reprises, il en résulte une contraction tonique durable des muscles et qui ne peut être vaincue. On peut ainsi immobiliser les membres dans les attitudes les plus bizarres, comme le fait Hansen pour exciter la curiosité publique. Cette contracture des muscles est due à une hyperexcitabilité musculaire très prononcée et telle qu'un simple attouchement de la peau suffit pour mettre le muscle en activité. »

d) L'excitation cutanée superficielle, dans nos expériences et dans celles des auteurs que nous venons de citer, a toujours produit la contracture, jamais la paralysie. Mais il est vraisemblable que, si l'excitation cutanée superficielle était employée comme moyen de suggestion, elle pourrait indifféremment, suivant la circonstance, produire la paralysie ou la contracture.

ARTICLE IV

Résistance de la contracture provoquée pendant l'hypnotisme Comparaison avec l'effort musculaire volontaire

La résistance de la contracture hypnotique ne saurait être soumise à une règle fixe. Elle varie avec les sujets, avec le degré de l'hypnose, avec les muscles intéressés, avec l'attitude qu'elle imprime au membre,

ou pour mieux dire avec le groupe musculaire qui a la prédominance d'action. C'est ainsi que, d'une façon générale, les contractures en flexion ont une résistance beaucoup plus grande que les contractures en extension, ce qui résulte vraisemblablement de la prédominance à l'état physiologique des muscles fléchisseurs sur les extenseurs.

En général, la contracture résiste plus à un effort violent et brusque qu'à une traction douce et prolongée. Je ne rapporterai pas ici les nombreuses expériences que nous avons entreprises à ce sujet. Elles ont été répétées dans des circonstances variées. Tantôt la contracture portait sur tout le membre supérieur contracturé en extension, écarté du corps jusqu'à la position horizontale, tantôt elle ne portait que sur un doigt, sur l'index ou sur le pouce.

L'expérience était disposée de telle façon que l'extrémité de la partie contracturée subissait une traction déterminée à l'aide de poids, et le mouvement subi par le membre sous l'influence de cette traction était inscrit sur un cylindre tournant enfumé suivant la méthode graphique de Marey.

Dans le plus grand nombre des cas, nous avons enregistré en même temps la courbe des mouvements respiratoires pendant tout le temps de l'expérience.

Des essais analogues ont été entrepris à titre de renseignement et de moyen de contrôle sur des sujets sains et de bonne volonté qui simulaient des contractures analogues à celles que nous avions provoquées sur nos malades en expérience.

Nous sommes ainsi arrivés aux conclusions suivantes :

a) Sous l'influence d'une traction même modérée, pourvu qu'elle soit continue, le membre contracturé dans une position déterminée, cède peu à peu et quitte par degrés l'attitude première dans le sens où l'attire la traction.

b) Ce changement d'attitude s'opère très lentement et sans la moinde secousse, ainsi que l'indique le tracé pris sur le membre. La vitesse varie proportionnellement à l'énergie de la traction. Le membre supérieur étendu horizontalement met environ quinze minutes à descendre à la position verticale lorsqu'il est chargé à son extrémité d'un poids de 700 à 800 grammes [1].

1. L'expérience suivante mettra en lumière les différences qui existent entre la contracture en flexion et la contracture en extension.

25 févr. 1882. — Barr... est mise en état léthargique. Par la malaxation des muscles fléchisseurs, le bras gauche est contracturé dans l'attitude de demi-flexion. Puis on réveille la malade. On suspend alors au bras contracturé un poids d'un kilogramme, au moyen d'une lanière passée avant la production de la contracture dans la paume de la main. Au

c) Ce changement d'attitude s'opère parfois sans destruction de la contracture qui persiste; d'autre fois, la contracture disparaît.

d) Si l'on répète plusieurs fois de suite la même expérience sur une même partie, la résistance de la contracture diminue avec le nombre des expériences. Il arrive même qu'à un moment l'épuisement musculaire ne permet pas la production de nouvelles contractures. C'est sur le pouce et l'index que ces résultats ont été constatés.

e) Pendant tout le temps que dure l'expérience, le rythme respiratoire ne varie pas.

f) Les expériences de contrôle sur des sujets sains nous ont montré que la chute du membre raidi par la volonté et soumis à des tractions analogues, s'opérait, lorsque le sujet était vigoureux, avec une lenteur à peu près égale à celle des malades contracturées. Mais des différences marquées étaient révélées par les tracés graphiques. Le membre était pris de tremblement très marqué, surtout dans la dernière partie de l'expérience, en même temps que le tracé respiratoire, par son irrégularité, attestait les efforts déployés par le simulateur, efforts volontaires inconnus du sujet contracturé.

La même expérience répétée sur la même malade, une première fois étant en état de contracture, une seconde fois simulant la contracture, accuse encore ces différences. Le même sujet qui, contracturé, résiste pendant un quart d'heure à une traction de 1 kilogramme, est à peine capable de maintenir le bras étendu sans aucune traction, pendant quelques minutes. Dans la seconde expérience, le tremblement du membre est très manifeste ainsi que l'irrégularité de la respiration.

Mais si la contracture qui a sa source dans l'état hypnotique n'est pas invincible, il est facile — sans faire appel même aux instruments de mesure — de constater qu'elle résiste beaucoup plus aux efforts faits pour la vaincre, que la contraction volontaire même chez un homme très vigoureux.

bout d'une heure et dix minutes le poignet s'est un peu défléchi. La malade se plaint de tiraillements dans l'avant-bras et de douleurs au niveau du passage du lien. La contracture n'a nullement cédé. En effet, lorsque nous détachons le poids, le poignet se fléchit brusquement à la façon d'un ressort qui se détend; la main reprend son attitude première, et la contracture a conservé toute son intensité. La malade est de nouveau endormie et ce n'est pas sans quelque difficulté que nous avons raison de la contracture par le procédé habituel et d'ordinaire d'une efficacité rapide, par l'excitation des muscles antagonistes.

Dans une autre expérience la même malade est plongée dans l'état léthargique et le bras est contracturé dans l'extension en situation horizontale. Au bout de la neuvième minute, entraîné par son propre poids le bras est redescendu dans une position voisine de la verticale. Mais la contracture n'a pas disparu pour cela. Il faut réendormir le sujet, et comme dans l'expérience précédente il faut insister un peu plus que d'ordinaire pour détruire la contracture.

Par exemple, l'attitude représentée par le bras rapproché du tronc, l'avant-bras fléchi, le poing fermé, le poignet fléchi reposant sur la poitrine, est toujours plus facile à vaincre chez un homme même fort et bien musclé qui résiste de toutes ses forces, que chez une de nos malades dont le membre supérieur a été contracturé expérimentalement dans la même position. De même le pouce en extension forcée oppose une plus grande résistance chez la malade contracturée que chez un homme qui résiste volontairement.

D'ailleurs, en outre de celles qui ont été rapportées plus haut, quelques expériences plus précises ont été tentées dans ce sens.

Expérience de la traction sur une bande de caoutchouc

Un appareil composé de deux tubes de caoutchouc réunis, fixés solidement à un mur par une extrémité et terminés de l'autre par une poignée qui permet d'en opérer la traction, est disposé de telle façon que cette traction s'opère par la flexion du membre supérieur, la poignée étant fixée dans la main.

L'appareil est gradué de telle façon qu'un allongement donné du caoutchouc représente un effort évalué en kilogrammes. En notant le temps et les changements de longueur du caoutchouc, nous avons pu résumer chaque expérience en un graphique facile à interpréter.

Nous avons expérimenté d'abord sur des malades en état de léthargie, leur plaçant la poignée de l'appareil dans la main et contracturant ensuite par malaxation les muscles fléchisseurs, puis sur des sujets de bonne volonté qui agissaient par effort volontaire.

Nous avons pu constater ainsi, dans l'un comme dans l'autre cas, que la traction est peu maintenue et l'effort musculaire assez rapidement vaincu. Mais chez notre malade qui, à l'état normal, est loin d'avoir la force musculaire des sujets qui ont servi aux contre-expériences, la traction a été tout d'abord plus énergique et la descente s'est opérée plus lentement.

Sur des tracés relatifs à des expériences, chez la même malade, sur les membres supérieurs contracturés pendant la léthargie et sur les mêmes membres contractés volontairement, on peut constater que le travail effectué par la contracture est de beaucoup supérieur à celui effectué par la contraction volontaire. De plus on remarque qu'au point de vue de la résistance de la contracture, il existe entre les deux membres supérieurs une différence semblable à celle qui existe également dans l'effort volontaire.

ARTICLE V

De la forme de la secousse musculaire dans les diverses périodes de l'hypnotisme

Ces recherches ont été faites au moyen des procédés de la méthode graphique de M. le professeur Marey. Sans entrer dans la description des appareils bien connus qui nous ont servi, je donnerai schémati-

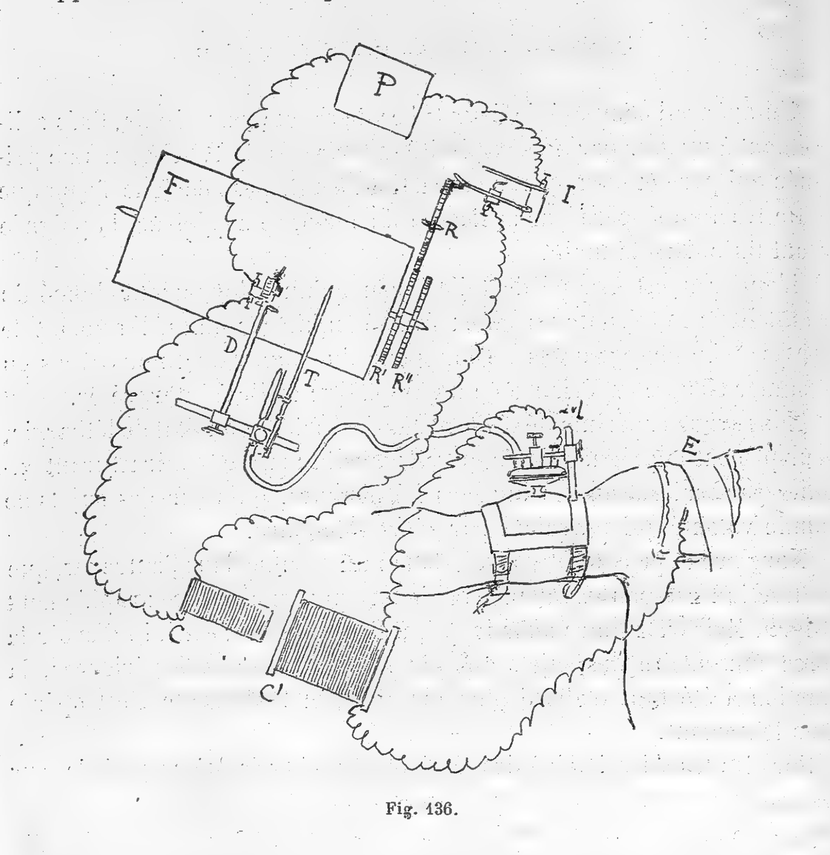


Fig. 136.

quement le dispositif que j'ai adopté dans la plupart de mes expériences.

Un tambour myographique (M) est appliqué sur le muscle à explorer, le plus souvent c'était le biceps brachial. Ce myographe est mis en commu-

nication par un tube en caoutchouc avec un tambour enregistreur (T).

Un charriot de Dubois Raymond (C) est destiné à donner le choc faradique.

Des deux réophores du courant induit, l'un fixé au myographe est mis en communication avec le bouton métallique qui repose sur le muscle et qui sert en même temps à donner l'excitation et à recueillir

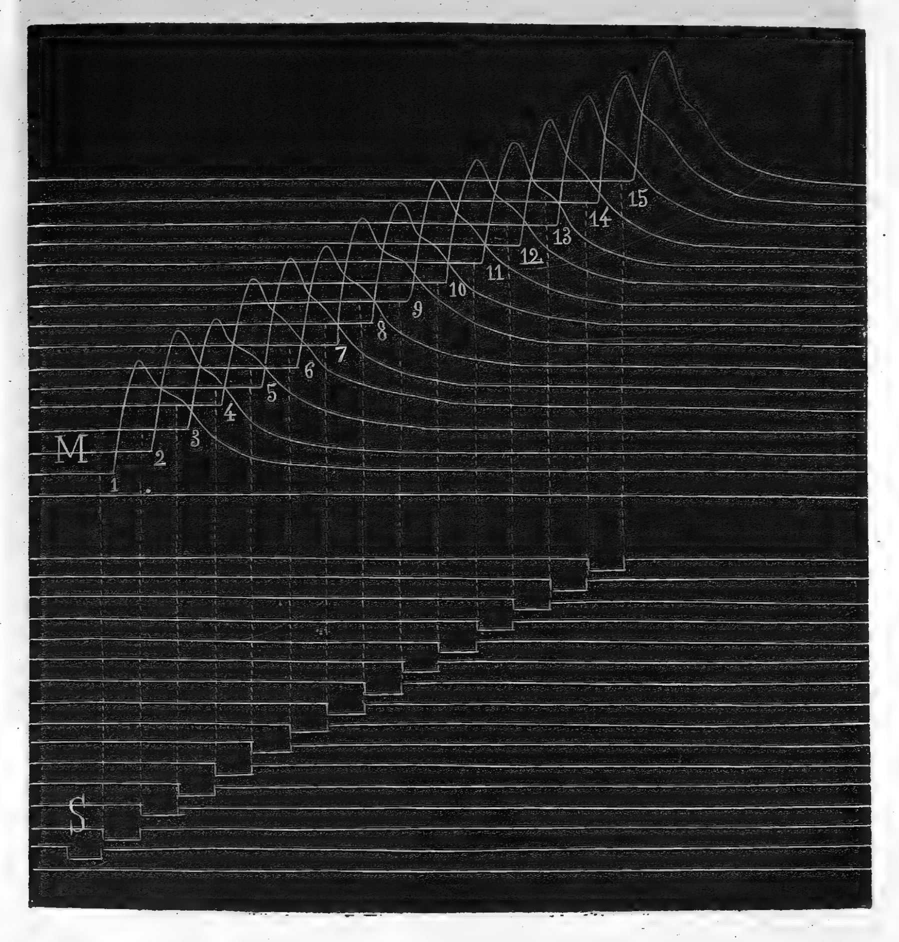


Fig. 137.

Pendant l'état cataleptique, tracé myographique du biceps gauche; secousse à chaque tour du cylindre (mouvement moyen, degrés du charriot de Dubois Raymond = six degrés et demi. (Imbrication oblique). — M. Secousses musculaires, les numéros indiquent l'ordre dans lequel elles se succèdent. — S. Signal électrique. — [Ce tracé et les trois suivants ont été pris dans le cours d'une même expérience sans qu'aucune modification ait été apportée à la disposition des appareils.

le tracé du gonflement musculaire, l'autre se termine par une plaque (E) maintenue sur le sternum du sujet.

Sur le courant inducteur, deux appareils sont intercalés. L'un est un

signal électrique de Marcel Despretz (D), placé au-dessous du tambour enregistreur et destiné à donner le moment précis de l'excitation; l'autre est un interrupteur (I) actionné au moyen d'un engrenage (R) mu par le cylindre même du régulateur Foncault (F) et qui à chaque tour sert

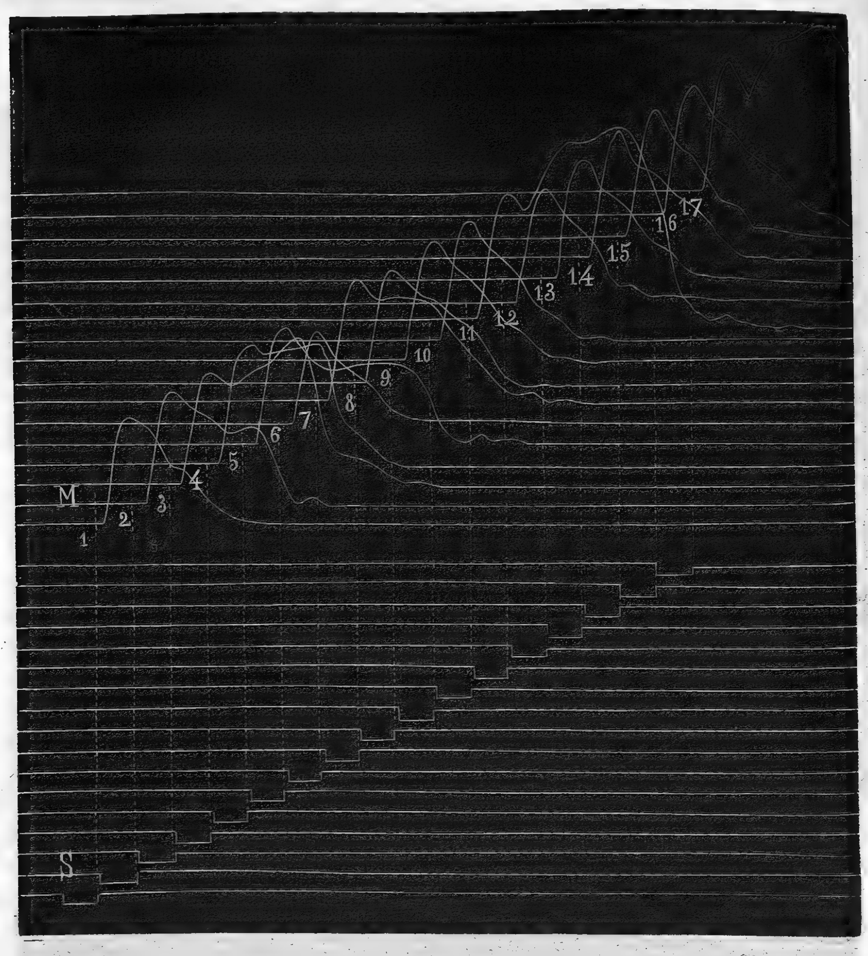


Fig. 138.
Tracé obtenu pendant l'état somnambulique. (Suite de l'expérience, fig. 137.)

à clore et à ouvrir le courant. La secousse musculaire a lieu à l'ouverture.

L'interruption du courant se produit à chaque tour du cylindre au même moment de la révolution, ou bien avec une certain retard. Ce résultat est obtenu à l'aide d'un dispositif bien simple, suivant qu'on met la roue R en rapport avec R′ ou R″. R′ a le même nombre de dents que R, et R″ une dent de moins.

Le signal électrique et le tambour enregistreur sont fixés sur un support qui se déplace parallèlement au cylindre, d'une façon régulière, afin de permettre aux courbes musculaires inscrites à chaque révolution du cylindre de se disposer suivant une ligne verticale ou oblique.

Dans nos diverses expériences sur une même malade, nous avions soin de ne rien changer à la disposition des appareils, tandis que nous mettions le sujet successivement dans les divers états nerveux : nous

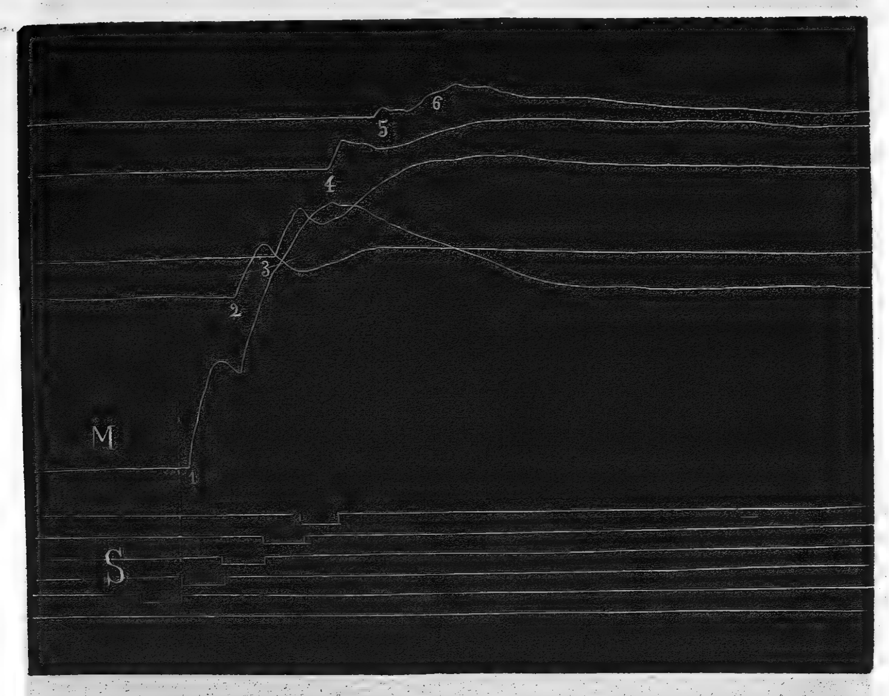


Fig. 139.
Tracé obtenu pendant l'état léthargique. Même intensité de courant que dans les tracés précédents. (Suite de l'expérience, fig. 137 et 138.)

avons obtenu ainsi des tracés parfaitement comparables de la secousse musculaire dans la léthargie, dans la catalepsie et dans le somnambulisme.

Une forme différente de la secousse musculaire vient s'ajouter aux autres caractères qui différentient ces divers états hypnotiques.

On considère la contraction musculaire comme composée de trois périodes : 1° la *période d'excitation latente*, 2° la *période active* ou *période de raccourcissement*, 3° la *période passive* ou *période de relâche-*

ment du muscle. Ces trois phases de la contraction musculaire sont clairement indiquées sur les courbes myographiques : la première est représentée par le temps qui s'écoule entre l'instant de l'excitation et le début de la réaction; la seconde par la portion ascendante de la courbe; la troisième par la portion descendante.

Nos recherches ont exclusivement porté sur les deux dernières périodes de la contraction, période de raccourcissement et période de relâchement.

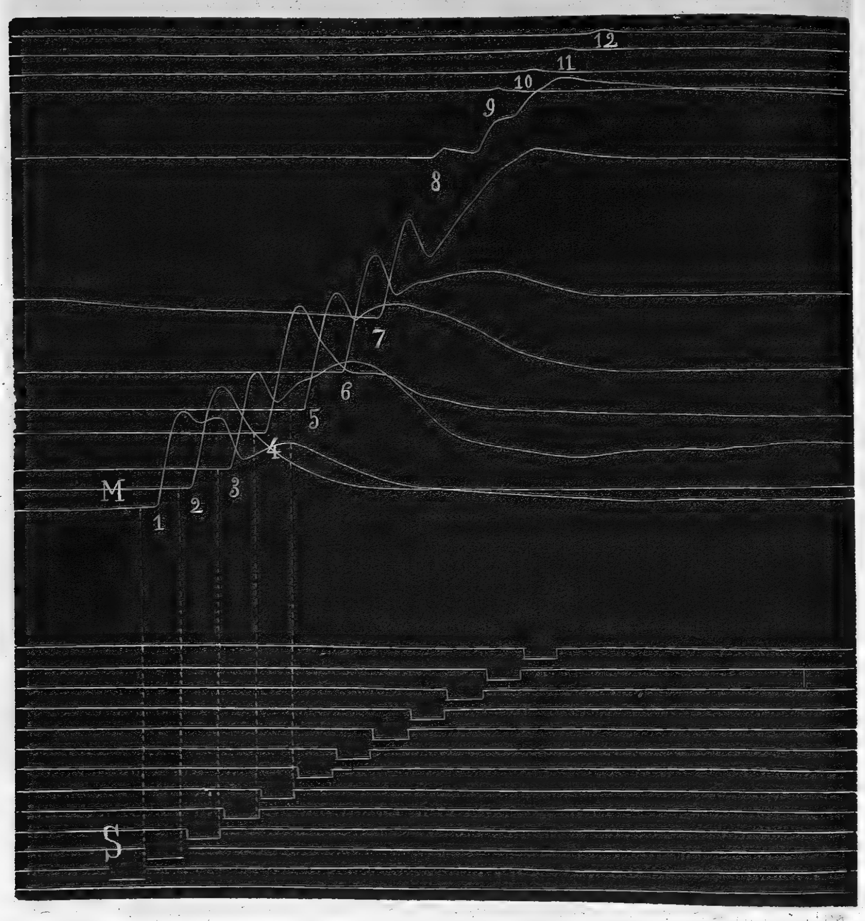


Fig. 140.
Tracé obtenu pendant l'état léthargique après diminution de l'intensité du courant. (Degrés du charriot = 9.) (Suite de l'expérience, fig. 137, 138 et 139.)

L'étude de la période d'excitation latente exige l'emploi d'instruments spéciaux. Elle a été faite d'ailleurs avec beaucoup de soin par

M. le Dr Mendelssohn, dont on connaît la compétence dans ce genre de recherches[1]. Il a reconnu que, d'une façon générale, la durée de la période latente du muscle chez les hystériques était un peu augmentée et variait de 0,01 à 0,015 de seconde. Mais il ajoute que la valeur de l'excitabilité musculaire n'est pas constante chez ces malades, et qu'il a souvent observé chez un même sujet des variations sans cause appréciable.

M. Mendelssohn a constaté dans l'état hypnotique une diminution du temps perdu musculaire. Il a remarqué en outre que, pendant l'état léthargique, le muscle excité restait pendant un certain temps dans un état de contraction spasmodique avant de revenir à son état normal, tandis que, pendant l'état de catalepsie, le muscle excité se relâchait aussitôt. Nos recherches ultérieures ont pleinement confirmé ces assertions.

Voici les résultats des expériences de M. Mendelssohn sur une de nos malades, la nommée B... Les tracés recueillis sur le biceps du côté droit (hémianesthésique) ont montré que la durée de la période latente était dans l'état normal de 0,013″; dans l'état de léthargie de 0,0115″; dans l'état de catalepsie de 0,012″ et dans le muscle contracturé de 0,006″.

Dans la secousse musculaire normale, la généralité des physiologistes admet que la période d'ascension est généralement plus courte que la période de descente.

Cette période de descente peut subir les plus grandes variations. C'est surtout sur elle que se fait sentir l'influence de la fatigue dont l'effet est d'en accroître considérablement la durée. Le froid a un effet analogue. La chaleur, au contraire, en abrège la durée et rend également l'ascension de la courbe plus rapide. L'empoisonnement par la vératrine détermine, à un certain moment de la descente, une onde nouvelle qui devient de plus en plus élevée à mesure que l'action du poison se fait sentir[2].

Dans la secousse normale, on admet d'une manière très générale que le muscle se relâche d'abord très vite, puis avec une lenteur de plus en plus grande; de sorte que la période de descente peut se subdiviser en deux parties : une première très rapide, une seconde plus lente. Dans certaines circonstances (avec de très forts courants d'induction) cette différence entre les deux phases de la descente s'accentue encore. M. Ranvier a signalé ce fait sur le muscle de la grenouille, et le consi-

1. *Recherches cliniques sur la période d'excitation latente des muscles dans différentes maladies nerveuses*, par M. Mendelssohn (de Varsovie), in *Archives de physiologie*, 2e série, VII.

2. Marey. in *La machine animale*, Paris, 1878, et in *La méthode graphique*. Mendelssohn, Société de Biologie, 24 févr. 1883. — *Sur quelques particularités de la courbe de contraction d'un muscle empoisonné par la vératrine.*

dère comme un tétanos produit à l'aide d'une seule excitation forte. M. Ch. Richet l'a constaté très nettement sur le muscle de l'écrevisse et le désigne sous le nom de *contracture*. La courbe de descente, après un début rapide, est subitement arrêtée par une sorte de plateau suivi d'une nouvelle descente très lente.

C'est surtout sur la ligne de descente que se remarquent les modifications rapportées à la courbe musculaire par l'état hypnotique, et beaucoup de nos tracés ne sont pas sans analogies avec cette déformation *par contracture* que je viens de signaler et avec celle qui se produit sous l'influence de l'empoisonnement par la vératrine.

Avant d'entrer dans l'étude des tracés myographiques pris pendant les diverses phases de l'hypnotisme, il importe d'insister sur un détail de la courbe musculaire de l'état normal, prise chez nos sujets hystéro-épileptiques pendant la veille et aussi chez des sujets sains (hommes de bonne volonté) à titre d'expérience de contrôle.

Nous avons très souvent observé, et dans les circonstances les plus variées, la ligne de descente interrompue par une sorte de plateau de courte durée, dont nous n'avons pu jusqu'à présent déterminer exactement la raison physiologique et les circonstances déterminantes. J'indiquerai cependant brièvement les résultats des diverses tentatives faites dans ce but.

Au point de vue purement descriptif, je dirai d'abord que cet accident de la ligne de descente, sans être constant, s'est produit, à des degrés divers il est vrai, dans la très grande majorité des cas que nous avons observés, chez toutes nos malades, et chez quinze sujets sains sur seize. Il se produit à une distance variable du sommet de la courbe, tantôt au commencement de la descente, tantôt vers la fin. Il consiste en une sorte d'arrêt de la décontraction qui se traduit par un court plateau, dont la direction est variable. Ce plateau est parfois horizontal, mais le plus souvent descendant[1] ; quelquefois il est ascendant, semblant ainsi traduire une contraction secondaire du muscle. Au-dessous du plateau la descente est généralement plus lente qu'au-dessus; mais elle s'opère régulièrement; quelquefois cependant elle est marquée d'une ou deux ondulations.

Toutes nos expériences ont été faites avec le dispositif indiqué plus haut et l'excitation était toujours portée par le courant induit (rupture).

Nous avons observé ce plateau dans la descente avec les intensités de courant les plus variables et sur des courbes dont la hauteur était très différente. Il ne faut pas le confondre avec le dicrotisme du sommet de la courbe dans les très fortes excitations. Sur les courbes dicrotes dues aux très forts courants nous ne l'avons jamais rencontré.

1° *Cet accident de la descente n'est pas dû à une irrégularité de l'appareil myographique.*

a) Nous l'avons obtenu avec des appareils myographiques différents.

b) Nous l'avons vu dans le cours d'une même expérience se modifier avec le

1. Le tracé pris pendant l'état cataleptique en est un exemple (fig. 137). Beaucoup de nos tracés pris pendant la veille lui ressemblent.

nombre des excitations portées, sans que rien n'ait été changé dans la disposition des appareils.

c) Nous n'avons jamais pu le reproduire en actionnant avec le doigt le bouton du myographe de façon à simuler la courbe myographique.

2° *L'action des antagonistes n'est pour rien dans cette déformation de la courbe musculaire.*

a) Pendant que le biceps était le muscle exploré, nous pouvions maintenir le bras en extension forcée de façon à ne permettre aucun mouvement de flexion, sans modifier la forme de la secousse.

b) L'inscription directe du raccourcissement musculaire (par implantation d'une aiguille recourbée dans le tissu musculaire lui-même) a pu être faite simultanément pour les deux muscles antagonistes (biceps et triceps) : et nous avons pu constater, pendant la contraction de l'un donnant lieu à la courbe musculaire en question, le repos absolu de l'autre.

Enfin il n'est pas sans intérêt de signaler que l'inscription de la secousse musculaire par les deux procédés (inscription du gonflement musculaire à l'aide du myographe, inscription du raccourcissement à l'aide d'une aiguille reliée à l'extrémité du levier d'un tambour manipulateur) nous a donné des résultats analogues.

Il nous a paru important d'insister quelque peu sur ce point, car cet accident de la descente (plateau ou dicrotisme) ne nous paraît pas incompatible avec l'état d'un muscle dans les conditions ordinaires que l'on considère comme normales.

Nous verrons que les modifications les plus accusées de la courbe musculaire que nous pouvons mettre sur le compte de l'état hypnotique se produisent pendant la période de relâchement.

ARTICLE PREMIER

De la secousse musculaire pendant l'état léthargique

Pendant l'état léthargique la secousse musculaire, si elle est unique et si l'excitant est faible, peut ne pas différer de ce qu'elle est pendant la veille. Mais pourvu qu'elle se répète, même à quelques secondes d'intervalle, on voit bientôt apparaître les déformations de la descente caractéristiques. Ces modifications apparaissent parfois dès la première excitation. Elles sont la traduction du phénomène de la contracture.

La période d'ascension ne se modifie pas, mais à un moment de la période de descente il se produit, sans excitation nouvelle, une ascension plus ou moins brusque de la courbe qui, parvenue à un niveau plus élevé que la première fois, redescend à nouveau mais plus lentement. Enfin la descente n'est pas complète. La ligne du tracé se maintient à un niveau dont l'élévation au-dessus de la normale mesure en

quelque sorte le degré de contracture acquis ou en d'autres termes le degré de raccourcissement permanent que subit le muscle. Ce raccourcissement augmente à chaque nouvelle excitation jusqu'au moment où la contracture est complète.

Dans le tracé (fig. 141) quatre chocs faradiques ont été donnés à peu

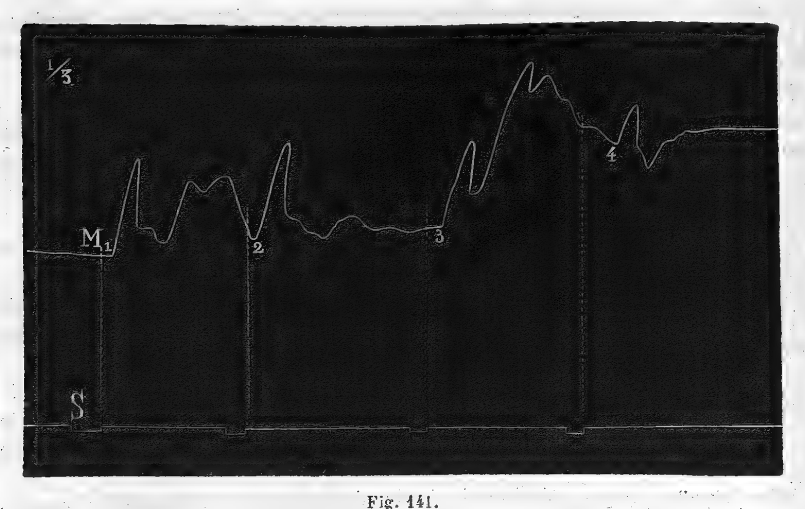


Fig. 141.
Tracé musculaire pris pendant la période léthargique chez B. (3 avril 1832). — M. Tracé musculaire. — S. Signal électrique. — Le tambour myographique est appliqué sur le biceps brachial gauche. — Degrés du charriot = 10. Fil fin. Mouvement moyen du cylindre. — Quatre excitations successives sont données à peu de distance.

d'intervalle. On voit qu'à chaque excitation la contracture s'est accusée de plus en plus.

Dans le tracé (fig. 139) l'excitation était donnée à chaque révolution du cylindre et chaque fois avec un retard égal, de façon à permettre l'imbrication oblique.

Dès le premier choc, on voit la courbe de la secousse musculaire changer de forme.

La descente n'est plus complète. Elle est bientôt remplacée par une ascension nouvelle et la courbe, après une lente descente se maintient à un niveau très élevé au-dessus de l'abscisse et qu'augmente encore chaque nouvelle excitation.

Si l'intensité du courant est moindre, la contracture a plus de mal à s'établir et exige un plus grand nombre d'excitations ainsi que le montre le tracé (fig. 140). A un moment donné la contracture est faite et ne s'accroît plus par de nouvelles excitations; c'est ce qui arrive à partir du chiffre 10 sur ce même tracé, où l'on remarque que la distance qui sépare les différentes courbes est justement égale au déplacement du

support qui maintient les appareils enregistreurs ainsi que le prouvent les tracés dus au signal.

Mais si nous venons à augmenter l'intensité du courant, de nouvelles excitations amèneront une exagération de la contracture.

Le choc galvanique employé au lieu du choc faradique nous a donné des résultats analogues. L'excitation était faite avec le pôle négatif et à la fermeture du courant.

ARTICLE II

De la secousse musculaire pendant l'état cataleptique

Toute déformation de la courbe musculaire relative à la contracture disparaît pendant l'état cataleptique.

Sous ce rapport, le contraste est des plus frappants entre la courbe musculaire de l'état léthargique qui se termine toujours au bout de peu d'excitations par le plateau de la contracture et entre la courbe musculaire de l'état cataleptique qui, malgré la répétition des excitations, ne perd rien de la rapidité de la descente.

C'est ce qu'on peut remarquer sur le tracé (fig. 137). Nous avons constaté quelquefois, un accroissement remarquable de l'excitabilité musculaire proportionnellement avec le nombre des excitations ; au bout de la cinquantième excitation la hauteur de la secousse avait doublé, mais la forme générale de la courbe musculaire ne s'était en aucune façon modifiée.

Chez certains sujets éminemment prédisposés à la contracture, les secousses faradiques pendant l'état de veille se déforment rapidement et dénotent la tendance à la contracture. Ces mêmes sujets une fois plongés dans l'état cataleptique offrent une secousse musculaire absolument pure et dégagée de toute déformation se rattachant à l'imminence de contracture.

ARTICLE III

De la secousse musculaire pendant l'état paralytique

Le muscle paralysé conserve son excitabilité électrique. Il répond à la faradisation et à la galvanisation à la façon d'un muscle normal.

Les modifications apportées à la forme de la secousse musculaire sont les suivantes :

a) Augmentation de la hauteur de la secousse qui reprend sa hauteur normale au fur et à mesure que la paralysie disparaît (fig. 142).

b) Accidents variés de la descente. Le tracé a été obtenu sur le muscle

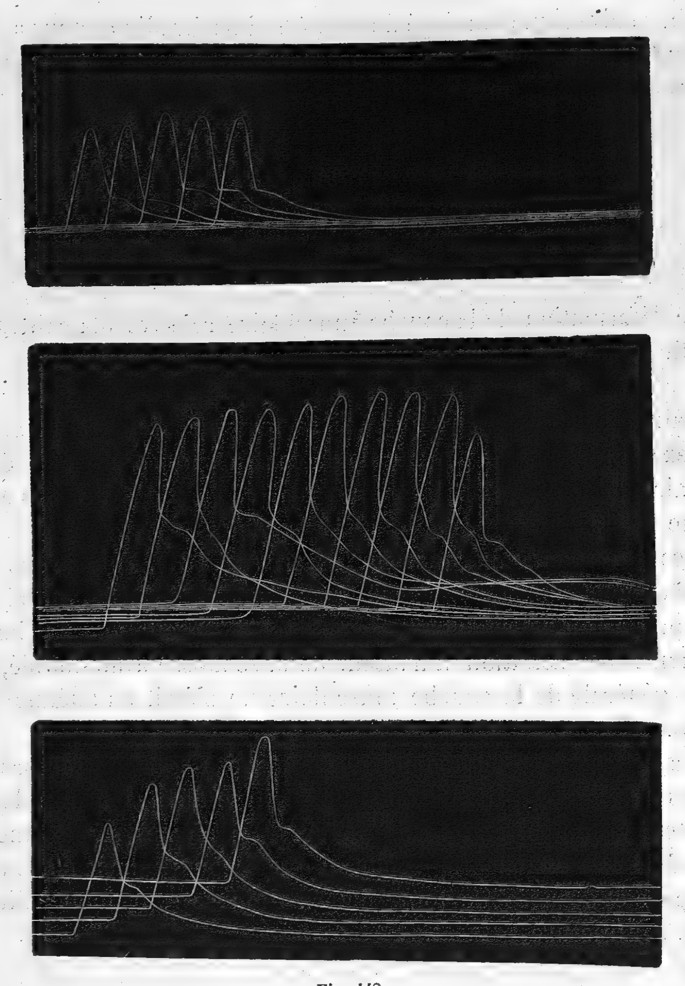


Fig. 142.

Tracés myographiques pris sur B., 12 mai 1883. Myographe disposé sur le biceps droit. Ces tracés sont pris pendant la veille. — A, a l'état normal. — B, le bras ayant été paralysé par friction pendant l'état cataleptique. — C. Après la disparition de la paralysie. Degrés de l'appareil Dubois Raymond = 10. Mouvement moyen du cylindre.

biceps après paralysie par friction portée sur le tendon du muscle triceps. On voit, sous l'influence de la répétition des chocs faradiques, la secousse musculaire reprendre progressivement sa forme normale.

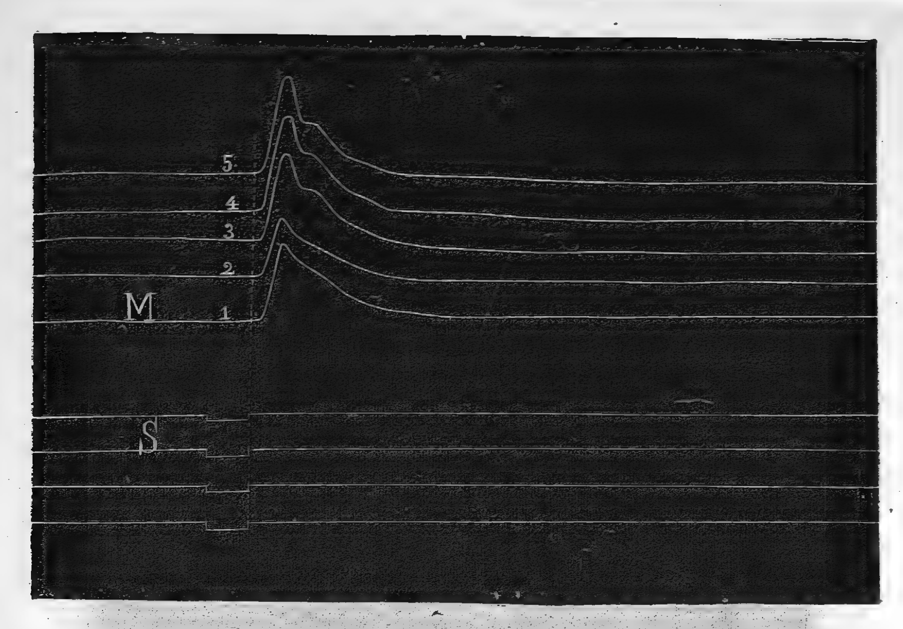


Fig. 143. — Tracé I.

Fig. 144. — Tracé II.

Tracés pris pendant la période cataleptique chez B., le 27 mars 1882. — Tracé I pendant l'état cataleptique. — Tracé II, le membre ayant été paralysé par friction sur le tendon du triceps. — Fil fin. Degrés = 11. — Myographe appliqué sur le biceps droit. Mouvement moyen du cylindre. Les chiffres indiquent l'ordre de succession des secousses. — Après l'expérience on constate que la paralysie a disparu.

ARTICLE IV

Secousse musculaire pendant l'état de somnambulisme

Pendant l'état de somnambulisme, la forme de la secousse musculaire

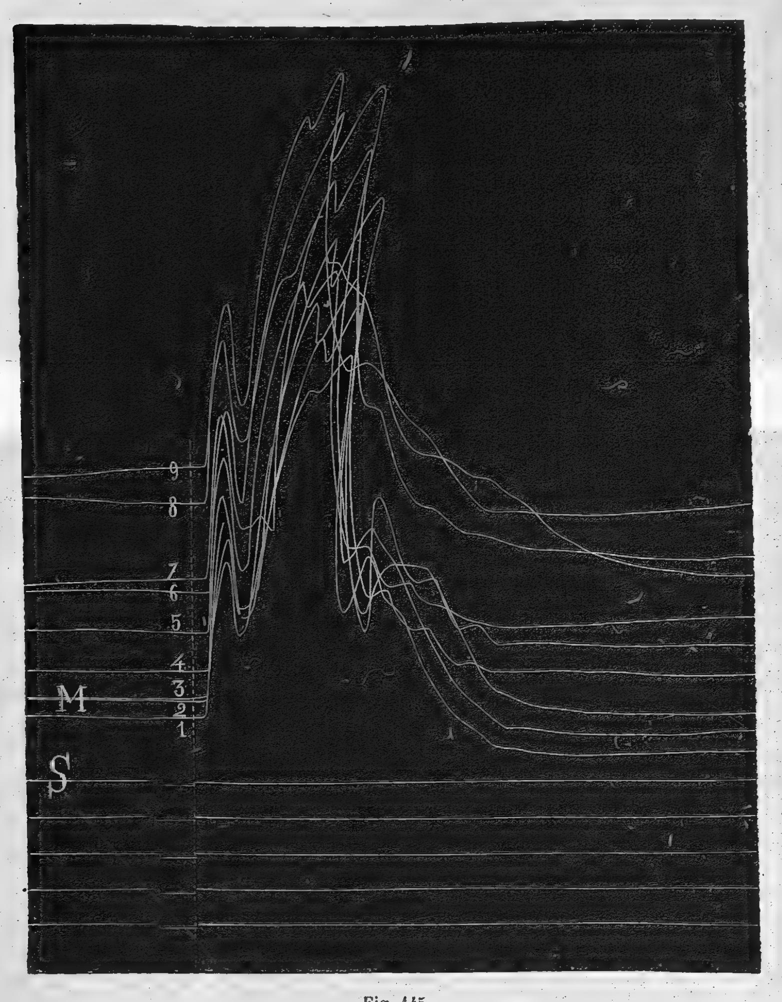


Fig. 145.
Tracé pris pendant la période somnambulique. Bar., 30 mars 1882. — Tambour myographique appliqué sur le biceps droit. — Les appareils sont disposés de façon à permettre l'inscription des secousses musculaires à chaque tour du cylindre suivant l'imbrication verticale. Le signal est supprimé après la cinquième excitation. Mouvement moyen, degrés de l'appareil Dubois Raymond = 12. — M. Tracé du muscle. — S. Signal électrique. — Les chiffres indiquent l'ordre de succession des secousses.

n'a pas le caractère univoque que nous avons observé pendant la léthargie ou pendant la catalepsie. Un point capital que je tiens à mettre en lu-

mière, afin d'accuser les différences qui existent entre la léthargie et le somnambulisme, c'est que jamais, dans ce dernier état, le choc faradique ne produit de contracture durable. Quelles que soient les modifications de forme que subit la courbe de la secousse musculaire, la ligne de descente revient toujours à l'abscisse, le relâchement musculaire finit toujours par être complet; en d'autres termes la contracture ne s'établit pas.

Cela étant posé, nous pouvons observer plusieurs formes de la courbe musculaire.

a) En premier lieu, nous retrouvons la secousse musculaire normale; ce paraît être le cas le plus fréquent, aucune modification dans la forme de la secousse ne se produit. Même ascension brusque, même forme de la descente avec une ondulation plus ou moins accusée.

b) Mais on voit parfois survenir, une fois la secousse terminée et le muscle revenu à son état primitif, une ascension lente de la courbe musculaire qui se produit spontanément et cesse de même. C'est là un phénomène que les physiologistes ont décrit sous le nom d'onde secondaire et qui indique une certaine disposition du muscle à la contracture.

c) D'autrefois il se produit une modification de la courbe de la secousse musculaire elle-même, et dont je donnerai deux exemples. Dans la figure 138, on voit, non pas à chaque excitation, mais assez fréquemment, la descente interrompue soit par un plateau plus ou moins accidenté, soit par une nouvelle ascension de la courbe qui ne tarde pas à redescendre par une chute rapide au niveau de l'abscisse.

Dans la figure 145 la déformation est la même pour toutes les excitations. La descente est marquée d'une grande secousse à sommet dicrote et à chute rapide.

Il arrive parfois que, sous l'influence des chocs faradiques répétés, l'état somnambulique se transforme en état léthargique. On voit alors se développer le phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire caractéristique de ce dernier état. Et sur les tracés myographiques, la secousse musculaire revêt les caractères propres à la léthargie que nous avons signalés plus haut.

ARTICLE V

Variations individuelles. — Circonstances qui modifient les propriétés neuro-musculaires des diverses phases de l'hypnotisme

I

Nous assignons aux phénomènes neuro-musculaires différents qui caractérisent chacune des périodes de l'état hypnotique une importance capitale. Mais il ne faudrait pas s'attendre à les retrouver, avec la netteté que nous avons décrite, chez tous les sujets, même chez ceux qui appartiennent à l'hystérie. Ce type que nous avons décrit, est certainement le plus rare; nous ne l'avons rencontré que dans la proportion d'un cinquième. Mais si nous l'avons surtout pris comme objectif, c'est que tous les différents phénomènes s'y présentent à un état de grande netteté et de simplicité vraiment remarquable. Cette sorte d'analyse, présentée par la nature elle-même, facilite singulièrement l'étude et jette quelque lumière sur les cas plus difficiles et plus complexes. C'est ainsi que souvent les phénomènes neuro-musculaires de la léthargie et de l'état somnambulique se confondent, pendant que l'état cataleptique conserve les caractères qui lui sont propres. Quelquefois la confusion est encore plus grande et les phénomènes neuro-musculaires restent les mêmes, quelle que soit la phase de l'hypnotisme.

Je citerai, à titre d'exemple, l'observation suivante, dans laquelle on remarquera que l'aptitude à la contracture demeure identique pendant les trois phases de l'hypnotisme, que d'autres signes permettent cependant de distinguer assez nettement. La contracture s'obtient et par l'excitation mécanique profonde portée sur le muscle, et par l'excitation superficielle de la peau. A cette hyperexcitabilité neuro-musculaire s'ajoute pendant la phase cataleptique l'aptitude à conserver les positions communiquées.

M... âgée de dix-sept ans, hystérique, a de grandes crises convulsives.

Examen de la sensibilité et de la motilité pendant la veille (6 janvier 1884).

Anesthésie totale à la piqûre, à la pression, et au contact. M... ne ressent que les variations de température, et dans le contact d'une main, c'est la chaleur de la main qu'elle perçoit. Perte incomplète du sens musculaire. Les yeux fermés elle ne met son index sur son nez qu'après quelques hésitations. Elle ne reconnaît que très imparfaitement les situations variées imprimées à ses membres ou aux divers segments des membres. Pas de signe de Romberg.

Elle est achromatopsique, excepté pour le rouge. La diathèse de contracture existe aux membres supérieurs et inférieurs. La contracture est provoquée par le choc tendineux, par la malaxation des muscles, par le froissement du nerf. Contracture également obtenue par le frottement superficiel de la peau. La piqûre, le pincement de la peau demeurent sans résultats.

Si l'on fait un pli à la peau de l'avant-bras et que sur le sommet de ce pli on exerce une légère friction soit avec le doigt, soit avec un objet quelconque, on voit se développer progressivement une contracture du poignet et de la main, soit en flexion, soit en extension suivant que l'excitation a été portée sur la face antérieure ou sur la face postérieure de l'avant-bras. La malade sent son membre se raidir lorsque la contracture survient, mais elle n'a rien senti autre chose et, si l'on a eu soin de lui fermer les yeux, elle ne peut dire si on l'a pincée, piquée ou simplement frôlée.

Cette disposition du système neuro-musculaire, à l'état de veille, jette un certain trouble dans les phénomènes que présente l'hypnotisme chez cette malade. Ainsi la double diathèse de contracture se retrouve, quelle que soit la période, que la malade ait les yeux ouverts ou fermés.

Hypnotisation. — Fixation d'un objet quelconque maintenu à 20 centimètres environ des yeux et un peu en haut.

Le sommeil est obtenu au bout de quelques minutes. Les yeux se ferment par degrés, puis tout d'un coup, en même temps que la tête et le corps se renversent et qu'il se produit un mouvement de déglutition. L'invasion du sommeil est marquée, en outre, d'une ou de deux secousses qui raidissent les deux membres supérieurs.

La résolution est incomplète. La tête soulevée se maintient dans la nouvelle position, et les membres supérieurs soulevés ne retombent pas brusquement. De plus, quand ils ont repris leur place sur les genoux, quelques mouvements spontanés peuvent modifier leur situation.

Le choc sur les tendons produit la contracture avec plus de force et plus de vivacité encore que pendant la veille. Il y a là une différence de degré parfaitement appréciable. Tandis que la contracture pendant la veille ne se produit que progressivement au deuxième ou au troisième choc tendineux, aussitôt l'état hypnotique produit, elle survient intense dès le premier. Comme pendant la veille, la contracture s'obtient aussi par le frôlement superficiel de la peau.

Interpellée à haute voix, la malade donne à peine quelques signes d'intelligence. Elle ne parle pas. Elle reste également immobile et torpide lorsqu'on lui affirme qu'un oiseau vient de se placer sur ses genoux.

Mais le tableau change, au point de vue psychique, si l'on vient à presser ou frictionner légèrement le vertex. Elle répond avec empressement et intelligence aux questions qu'on lui pose. Elle sait qu'elle dort, elle en éprouve du bien-être, elle se souvient de ce qui s'est passé dans ses sommeils antérieurs. Elle exécute les ordres qu'on lui donne, mais elle y met parfois une certaine résistance, d'ailleurs facilement vaincue par la confirmation énergique de l'ordre donné. Il suffit d'affirmer qu'un oiseau vient de se placer sur ses genoux pour qu'elle le prenne entre ses mains et le caresse. Elle veut le garder. Il est gris et blanc, c'est une colombe. L'oiseau disparaît sur l'ordre.

Questionnée sur ce qu'elle éprouve lorsqu'on lui touche le vertex, elle répond que cela lui éclaircit les idées, facilite sa parole et lui fait voir plus clair (ses yeux sont constamment fermés). En mettant la main dessus ou un bandeau,

elle prétend voir aussi clair. En effet, elle désigne parfaitement la place qu'occupent les divers objets qui sont dans la chambre, les cadres accrochés au mur : elle va même les désigner en mettant le doigt dessus avec beaucoup de précision. Mais il ne faudrait pas s'en laisser imposer, c'est là une vue tout intérieure, la vue de la mémoire. Car elle ne reconnaît en aucune façon les changements de place des divers objets que l'on a pu opérer, à son insu, pendant son sommeil.

On peut constater que la sensibilité cutanée, dans cet état, est la même que pendant la veille. Anesthésie à la piqûre, au frôlement; conservation du sens de la température. La perte du sens musculaire est plus complète. Elle ne reconnaît nullement les positions diverses dans lesquelles on place ses membres.

Quant à la motilité l'état est le même. Persistance de la double diathèse de contracture.

La pression sur les globes oculaires ne modifie pas sensiblement l'état précédent. On ne peut pas reproduire l'état de torpeur cérébrale qui était la caractéristique de la première phase.

L'état cataleptique peut être obtenu par le soulèvement des paupières dans l'une ou l'autre des deux phases précédentes. Lorsqu'on tente cette manœuvre pendant la phase somnambulique, la malade fait quelque résistance. Interrogée pourquoi, elle répond qu'elle n'aime pas qu'on lui ouvre les yeux, car aussitôt elle perd connaissance et ne se souvient plus. Ceci veut dire que l'état de conscience *seconde* qui existe pendant le somnambulisme et lui permet de se souvenir des états de somnambulisme antérieurs, d'enchaîner ses idées, de penser, de parler et de répondre... disparaît soudain avec l'invasion de l'état cataleptique.

En effet la malade ne répond plus aux questions qu'on lui adresse.

Les membres gardent bien les positions dans lesquelles on les place. Ils sont souples et légers à mouvoir. Il n'y a pas de suggestion par l'attitude. Le regard suit le doigt. En insistant on peut provoquer des hallucinations par l'ouïe (en affirmant la présence d'un oiseau, par exemple). La malade fait alors de la tête un signe d'intelligence, son visage sourit, mais ses membres demeurent dans le même état de catalepsie. Si on lui dit de le prendre avec la main, elle fait comme un effort, puis bientôt de la tête un signe négatif. Ses bras sont enchaînés par la catalepsie. Elle n'est pas maîtresse de modifier spontanément les diverses attitudes imprimées à son corps.

Au point de vue neuro-musculaire même état que précédemment. La contracture s'obtient des deux façons, excitation des nerfs cutanés et excitation des nerfs musculaires.

Le souffle sur le visage réveille la malade qui affirme ne se souvenir de rien de ce qui vient de se passer.

II

Chez une même malade présentant tous les phénomènes neuro-musculaire de l'hypnotisme suivant le type que nous avons décrit, nous avons pu voir, sous diverses influences, ces propriétés neuro-musculaires disparaître temporairement dans une partie plus ou moins étendue du corps.

C'est ainsi que pendant le cours d'expériences prolongées sur l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, il nous est arrivé de voir survenir brusquement un état paralytique de tout un côté du corps, qui, pendant les diverses phases de l'hypnose, demeurait complètement inexcitable et persistait même après le réveil.

Voici le récit d'un de ces accidents :

22 *décembre* 1880. — Pendant le cours d'expériences assez prolongées sur l'hyperexcitabilité des muscles et des nerfs du bras droit, tout d'un coup, sans cause apparente, toute trace d'hyperexcitabilité disparaît dans ce membre et à la fois dans tout le côté droit du corps, aussi bien à la face qu'aux membres. Le bras droit retombe inerte le long du corps, Witt..., qui est assise, s'affaisse de ce côté, les réflexes tendineux existent néanmoins. Tout le côté gauche a conservé l'hyperexcitabilité neuro-musculaire comme auparavant. Si l'on soulève les paupières, la catalepsie est facile à gauche, mais à droite elle n'a plus lieu.

On réveille la malade par les procédés ordinaires, l'hémiplégie persiste ; son bras droit est inerte ; elle peut à peine se tenir debout, elle est incapable de marcher, sa jambe droite lui refuse tout service.

De plus Witt... est aphasique. Elle est comme hébétée, elle regarde son bras paralysé qu'elle cherche à soulever avec l'autre main, mais sans manifester le mécontentement qu'un réveil dans un semblable état semblerait devoir lui causer.

Elle fait quelque résistance lorsque nous cherchons à l'endormir de nouveau. On y parvient cependant sans difficulté par la pression des globes oculaires. Le même état hémiparalytique persiste. Au bout de quelques instants, il se produit spontanément un tremblement léger dans la mâchoire inférieure.

Ce tremblement augmente peu à peu, puis gagne le bras droit, puis la jambe droite. Les membres du côté gauche conservent leur immobilité, jusqu'au moment où, gagnant en amplitude, les oscillations du tremblement se transforment en violentes secousses qui soulèvent tout le corps.

Ces secousses sont bientôt suivies d'une sorte de stertor qui dure quelques minutes. La paralysie du côté droit n'a pas disparu. Le sommeil persiste avec les mêmes caractères qu'avant cette petite crise.

Croyant voir une indication dans ce qui venait de se passer, nous essayons de provoquer une attaque. Une excitation vive portée sur les zones hystérogènes de l'aisselle n'amène qu'une violente secousse généralisée. Cette manœuvre, répétée plusieurs fois, est bientôt suivie du réveil. Et cette fois Witt... a recouvré en même temps que la connaissance, le mouvement et la parole. Elle n'a qu'un souvenir confus de ce qui s'est passé, et s'étonne d'une sensation de fatigue qu'elle éprouve dans tout le côté droit.

Nous avons vu cette hémiplégie accidentelle survenir quatre fois chez la même malade avec des caractères identiques, mais dans des circonstances un peu différentes.

Deux fois (dont le fait cité plus haut) c'était à la suite d'excitations

prolongées pendant l'état léthargique, excitations mécaniques profondes portées sur les nerfs particulièrement.

Une autre fois, pendant le même état léthargique, il est vrai, mais à la suite d'excitations très superficielles de la peau.

Enfin, la quatrième fois, à la suite des expériences, pendant l'état somnambulique, sur la contracture par excitations cutanées légères.

Bien que les excitations, quelle qu'ait été leur nature, n'aient porté que sur le membre supérieur, la paralysie a revêtu la forme hémiplégique complète. L'hémiplégie existant à droite s'est accompagnée d'aphasie.

Enfin, ces accidents paralytiques ont disparu à la suite d'une attaque d'hystérie soit spontanée, soit provoquée. Une fois, ils ont disparu pendant l'état cataleptique à la suite de tentatives réitérées qui avaient pour but d'exciter les membres à garder les attitudes communiquées. Dans ce dernier cas, on peut attribuer la disparition de la paralysie à une suggestion par la voie du sens musculaire.

Mais le hasard nous a mis à même d'observer un autre fait bien autrement curieux au point de vue qui nous occupe. Il ne s'agit plus d'une modification musculaire accidentelle et qui a sa source dans les manœuvres hypnotiques elles-mêmes, mais d'un état morbide complètement étranger à l'hystérie et dont l'influence sur l'hypnose s'est bornée à supprimer, pendant un certain temps, les phénomènes neuro-musculaires sur une partie du corps seulement. Une de nos anciennes malades a été prise au commencement de cette année d'un rhumatisme articulaire aigu, et nous avons vu, sous l'influence de la lésion articulaire, les propriétés neuro-musculaires de l'hypnotisme disparaître seulement dans les membres où le rhumatisme s'était plus particulièrement localisé. Cette intéressante observation a été prise en détails par notre ami M. le Dr Marie, chef de clinique. Je me contenterai de consigner ici les quelques notes que j'ai relevées relativement aux modifications survenues dans les phénomènes hypnotiques.

2 *janvier* 1884. — Witt... depuis quelques jours est au lit, atteinte de rhumatisme articulaire aigu. L'articulation du pouce de la main droite a été la première atteinte. Les douleurs articulaires sont vives malgré l'anesthésie cutanée qui persiste. La perte du sens musculaire subsiste. Lorsque la malade a les yeux fermés et qu'on imprime différents mouvements à ses membres, elle se plaint d'une vive douleur, mais elle ne sait reconnaître la direction et la nature des mouvements communiqués. De même elle n'a pas la notion des positions diverses dans lesquelles on peut les placer.

Ce matin elle se plaint presqu'exclusivement des membres du côté gauche; le poignet gauche est très gonflé; la moindre pression y détermine de vives douleurs : de même au genou et au cou-de-pied du même côté. Elle remue

facilement le membre supérieur droit et ne se plaint que d'une grande faiblesse qui lui permet à peine de maintenir un verre à boire.

Le sommeil hypnotique est facilement obtenu par la fixation du regard et s'accompagne des signes ordinaires (précipitation des mouvements respiratoires, bruit laryngé). Mais nous observons, au point de vue des phénomènes neuro-musculaires qui caractérisent les diverses phases, les particularités suivantes :

D'un mot, ils n'existent pas dans les membres du côté gauche. On ne les retrouve que du côté droit avec leurs caractères spéciaux, mais encore atténués.

Ainsi, pendant la phase léthargique, aucune des manœuvres habituelles (choc répété des tendons, massage des muscles, froissement des nerfs) ne peut provoquer la contracture musculaire au membre supérieur, comme au membre inférieur du côté gauche. Au membre supérieur droit, la contracture est obtenue, mais peu intense d'abord, non sans quelque insistance surtout en ce qui regarde l'excitation mécanique des nerfs. Le nerf cubital est celui qui répond le plus tardivement à l'excitation. Au membre inférieur droit ces phénomènes d'hyperexcitabilité neuro-musculaire existent très nettement.

A la face (côté droit) l'excitation mécanique du nerf facial ne donne que de faibles résultats.

Le sterno-cléido-mastoïdien droit, tout d'abord inexcitable par la pression sur le corps charnu, aussi bien que le même muscle du côté opposé, finit par se contracturer sous l'influence du froissement répété de son tendon sternal. La tête tourne à gauche. Mais l'absence d'hyperexcitabilité dans le muscle antagoniste (sterno-mastoïdien gauche) nous enlève le moyen de détruire cette contracture qui résiste aux diverses manœuvres que nous dirigeons contre elle, dans les diverses phases dans lesquelles nous plongeons successivement la malade : phase léthargique, phase cataleptique, phase somnambulique. Réveillée, la malade garde son torticolis qui finit cependant par céder à une faradisation prolongée du muscle sterno-mastoïdien gauche, antagoniste de celui qui était contracturé.

Ce petit accident n'est pas sans intérêt. Il est une preuve indiscutable de l'action des muscles antagonistes dans la destruction de la contracture léthargique et condamne, au moins dans ce cas particulier, la loi posée par M. Dumontpallier « que l'agent qui fait défaut ».

Si l'on vient à soulever les paupières de la malade léthargique, on constate que la catalepsie, de même que tout à l'heure l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, est partielle. Elle n'existe qu'aux membres du côté droit. Le tronc, la tête, les membres gauches ne gardent aucune des positions qu'on leur communique; soulevés ils retombent lourdement. Aux membres droits, la catalepsie possède les caractères ordinaires de souplesse et de légèreté. L'approche des doigts de la bouche ne détermine aucune modification dans l'expression du visage, par la friction sur le vertex la malade devient somnambule. De même que dans les phases précédentes les caractères spéciaux neuro-musculaires n'existent qu'aux membres du côté droit. Une friction légère provoque et détruit la contracture au bras aussi bien qu'à la jambe.

8 *janvier* 1884. — Witt... est au lit, les membres gauches sont encore très-douloureux; elle ne peut les remuer. A droite l'épaule seule est prise.

Les phénomènes neuro-musculaires de l'hypnotisme (contracture léthargique,

contracture somnambulique, état cataleptique) n'existent que dans les parties non douloureuses à la face et au cou du côté droit, au membre supérieur droit et au membre inférieur du même côté. En approchant les doigts de la main droite de la bouche pendant l'état cataleptique : sourire. Lorsqu'on remue les membres gauches qui sont inertes la malade pousse des gémissements.

31 *janvier* 1884. — Witt... est encore au lit, le rhumatisme n'existe plus qu'au genou gauche et encore l'arthrite avec légère hydarthrose offre-t-elle le caractère subaigu.

Les phénomènes neuro-musculaires de l'hypnotisme existent à la face, au cou, et aux membres, à l'exception du membre inférieur gauche, siège de l'arthrite. Ils ont peut-être un caractère moins accusé qu'à l'état sain, chez la même malade.

Fin février. — Witt... se lève et marche appuyée sur deux béquilles. Le membre supérieur gauche est le siège d'une atrophie musculaire qui s'est développée à la suite des lésions articulaires du rhumatisme. Elle porte particulièrement sur les extenseurs. La main est très amaigrie. Les mouvements de ce membre sont sans force.

L'arthrite du genou gauche persiste à l'état chronique. Gonflement de l'articulation. Impuissance motrice du membre. Atrophie du triceps fémoral. L'extension de la jambe sur la cuisse est complètement impossible, ce qui fait que la malade ne peut se soutenir sur ce membre et le traîne en marchant.

5 *mars*. — Amélioration. La malade peut marcher sans béquilles, mais soutenue par un aide et en traînant la jambe gauche.

Witt... étant hypnotisée, on constate que tous les phénomènes neuro-musculaires de l'hypnotisme (contractures provoquées, immobilité cataleptique) existent aux deux membres supérieurs et au membre inférieur droit; mais il est impossible de les provoquer au membre inférieur gauche siège de l'arthrite.

L'amélioration s'étant continuée, les phénomènes neuro-musculaires de l'hypnotisme pouvaient être constatés sur les quatre membres dans les premiers jours d'avril.

ARTICLE VI

Quelques considérations physiologiques relatives au phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire

Les données actuelles de la physiologie nous permettent d'établir les trois propositions suivantes.

a) Le phénomène de l'hyperexcitablité neuro-musculaire est un phénomène de nature réflexe.

b) La nature de ses manifestations a sa raison d'être dans une modification spéciale de l'activité du centre nerveux.

c) La voie centripète de l'arc réflexe varie suivant la phase du sommeil hypnotique.

A. Le phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire est un phénomène de nature réflexe[1].

Les faits qui plaident en faveur de la nature réflexe du phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire sont nombreux. Le lecteur a déjà pu en pénétrer la signification en parcourant les descriptions qui précèdent. Il nous suffira de les rappeler ici.

a) La production d'une *contracture* musculaire consécutive à une excitation mécanique portée à la périphérie d'un membre est une des conséquences de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire. Ce simple fait de la production, en pareil cas, d'une *contracture* et non d'une *contraction*, montre que, entre l'excitation et son résultat, l'action spéciale du centre nerveux a dû intervenir. La théorie, aujourd'hui bien établie, qui fait d'une certaine forme de la contracture musculaire une exaltation du tonus physiologique, vient à l'appui de cette manière de voir.

Il n'y a d'exception que pour les muscles de la face, où nous avons vu la contraction remplacer la contracture; mais il existe bien d'autres raisons qui nous font penser que là, comme dans le reste du corps, le phénomène est de nature réflexe.

b) La contracture, ainsi obtenue, cède à la friction des antagonistes, ce qui s'explique très facilement, si l'on admet que l'excitation portée sur les antagonistes détermine dans la moelle, par la voie des nerfs centripètes, une sorte d'action d'arrêt qui détruit la modification spéciale du centre nerveux primitivement produite et en vertu de laquelle la contracture était maintenue.

On n'ignore pas les connexions qui existent dans l'intérieur de la moelle entre les différents groupes de cellules nerveuses qui correspondent aux groupes musculaires antagonistes, fléchisseurs et extenseurs, par exemple. « L'excitation des antagonistes, dit M. Vulpian, dans les cas de mouvements volontaires de certains groupes de muscles, me paraît avoir son point de départ dans la moelle. Il est probable, en effet, qu'au moment où se fait la contraction volontaire, celle des muscles fléchisseurs des doigts, par exemple, une certaine excitation se transmet du foyer médullaire d'origine des nerfs destinés à ces muscles, au foyer d'ori-

1. Il est surtout question ici de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire de l'état léthargique; car il est bien évident que, lorsque la contracture succède à une excitation exclusivement cutanée, il ne saurait y avoir aucun doute sur sa nature.

gine des nerfs moteurs des muscles extenseurs; et c'est ainsi, suivant toute vraisemblance, que ces muscles entrent en action[1]. » C'est un mécanisme analogue que nous invoquons ici. L'excitation, au lieu de venir du cerveau, comme dans l'action volontaire dont parle M. Vulpian vient de la périphérie (excitation mécanique, friction). Elle gagne les foyers d'origine des nerfs des muscles sur lesquels elle est directement portée, d'où elle retendit sur les foyers d'origine des nerfs qui se rendent aux muscles antagonistes.

c) L'étude détaillée que nous avons faite du réflexe tendineux pendant la léthargie hystérique et la conclusion à laquelle nous sommes arrivé, qui fait de l'exagération du réflexe tendineux le premier degré de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire et réunit dans une même catégorie les deux ordres de phénomènes, conduisent nécessairement à leur attribuer le même mécanisme. L'opinion de M. Westphal, qui persiste à considérer la contraction musculaire consécutive au choc du tendon comme directement produite par l'excitation mécanique de la fibre musculaire en continuité avec la fibre tendineuse, ne paraît pas devoir prévaloir contre celle de M. Erb et de la plupart des observateurs qui en font un phénomène de nature réflexe.

d) L'excitation mécanique, qui produit la contracture dans les cas d'hyperexcitabilité neuro-musculaire, ne reste pas toujours exactement localisée dans le muscle ou le groupe musculaire sur lequel porte l'excitation. Cette propagation de l'excitation n'est pas un simple fait de voisinage. Elle n'a rien de comparable à la diffusion de l'excitant électrique trop intense. En étudiant les phénomènes avec attention, on reconnaît facilement que l'excitation ne se propage que suivant certaines lois physiologiques. Par exemple, la contracture du deltoïde n'existe jamais isolée. Elle est toujours complétée par la contracture du grand dentelé qui lui est synergique. (Voy. p. 566.)

L'excitation du nerf médian produit la griffe médiane. (Voy. p. 563.) En insistant, une fois la griffe médiane produite, l'excitation sort de la sphère du médian. Ce sont les muscles rotateurs du bras en dedans qui se contracturent, et il est facile de voir que ces muscles ne font, en somme, que continuer au bras le mouvement commencé à l'avant-bras par les muscles pronateurs qui relèvent directement du médian.

A la face, l'excitation se propage très facilement d'un muscle au muscle homologue du côté opposé. (Voy. p. 573.)

La raison de cette propagation de l'excitation d'un muscle à un autre muscle plus ou moins éloigné, mais rattaché au premier par des liens

1. Vulpian. — Art. MOELLE, in *Dict. encycl.*

physiologiques faciles à reconnaître, ne saurait se trouver ailleurs que dans les communications et les anastomoses qui existent dans la moelle entre les différents foyers d'origine des nerfs musculaires.

e) Le transfert par l'aimant et autres agents æsthésiogènes de la contracture localisée (voy. p. 589), les diverses expériences faites avec la bande d'Esmarch (production tardive de la contracture, contracture latente, transfert de la contracture latente, voy. p. 591) ne peuvent s'expliquer qu'en faisant jouer aux centres nerveux un rôle important, et jettent ainsi sur la nature du phénomène qui nous occupe un vive lumière. Il est inutile d'y insister.

B. — La nature des manifestations de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire a sa raison d'être dans une modification spéciale de l'activité du centre nerveux.

Un phénomène réflexe normal exige, pour se produire, l'intégrité des trois parties constitutives de ce qu'on a appelé l'arc diastaltique : 1° le chemin d'arrivée ou nerfs sensitifs; 2° le lieu de réception, ou centre nerveux; 3° le chemin de retour ou nerfs moteurs. L'on conçoit très bien qu'une lésion portant sur l'une quelconque de ces trois parties suffise pour entraîner une modification du réflexe normal; et, suivant la nature de la lésion, il y aura abolition ou exaltation du réflexe. Dans l'ataxie locomotrice, par exemple, les racines sensitives sont sclérosées; elles ne permettent plus à l'impression sensitive de pénétrer jusqu'au centre et les réflexes sont abolis le plus souvent. Dans la paralysie infantile, c'est le centre nerveux lui-même qui est atteint. Les cellules motrices des cornes antérieures sont détruites et, partant, abolition des réflexes. Dans le strychnisme, au contraire, l'excitabilité du centre moteur est exaltée; d'où il suit que les réflexes sont exagérés.

Dans l'hypnotisme, et particulièrement dans la phase désignée sous le nom de léthargie, il semble se passer du côté du centre médullaire quelque chose d'analogue à ce qui a lieu dans le strychnisme. Les preuves sont nombreuses qui font penser à une modification fonctionnelle du centre nerveux lui-même, modification dynamique qui, dans le cas de l'état léthargique, se traduirait par une exagération de fonction, une excitabilité plus grande qu'à l'état normal. La plupart des raisons que nous avons invoquées plus haut en faveur de la nature réflexe du phénomène pourraient être reproduites ici à l'appui du siège central de la lésion dynamique qui y donne naissance.

Mais nous avons cherché une contre-épreuve. Si le phénomène de l'hyperexcitablité neuro-musculaire dépend d'une exagération fonction-

nelle du centre médullaire, les agents qui ont pour propriété de faire disparaître l'excitabilité du centre nerveux doivent nécessairement le faire disparaître aussi. Le chloroforme, par exemple, a une action directe sur les éléments nerveux qu'il stupéfie et dont il arrête le fonctionnement. Suivant Flourens, il porterait son action d'abord sur le cerveau, puis successivement sur le cervelet, sur la moelle et enfin sur le bulbe.

Nous avons donc soumis aux inhalations de chloroforme une malade hypnotisée et en état de léthargie avec hyperexcitabilité neuro-musculaire; et nous avons vu, après une première phase d'exaltation, le phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire diparaître bientôt complètement sous l'influence de l'absorption des vapeurs chloroformiques.

Voici le récit de cette expérience.

Wit... est endormie par le procédé ordinaire, les membres sont dans la résolution et l'hyperexcitabilité neuro-musculaire existe à la face et aux membres avec les caractères que nous avons décrits.

La malade étant dans cet état, nous lui faisons respirer du chloroforme. — Nous avons soin de procéder par petites doses, parce que nous avons vu parfois, chez ces sortes de malades, une susceptibilité spéciale aux agents anesthésiques, bien faite pour nous mettre en garde contre les accidents.

Après quelques inhalations, nous constatons une exagération manifeste de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire.

L'excitation mécanique la plus légère portée sur un membre en amène la contracture d'une façon brusque et énergique. Il est possible cependant de localiser la contracture, en touchant avec précaution et légèrement un point limité du membre, que ce point corresponde à un tendon, à un muscle ou à un nerf. Mais si l'excitation même limitée est un peu intense, la contracture se généralise aussitôt au membre tout entier.

Nous continuons les inhalations de chloroforme et les mêmes signes s'accusent encore davantage s'il est possible. — Le moindre attouchement d'un bras provoque une vive secousse suivie de contracture de tout le membre. La secousse retentit sur le membre du côté opposé, mais la contracture reste toujours localisée au seul membre directement excité. Ces contractures très intenses cèdent par l'excitation des antagonistes aussi facilement qu'elles sont provoquées. A la face, l'hyperexcitabilité neuro-musculaire présente une exaltation analogue. En touchant le nerf facial en avant de l'oreille, on provoque dans tout ce côté de la face une grimace beaucoup plus vive et plus accusée que dans l'état léthargique ordinaire. Les muscles du front, du nez, de la bouche et du menton répondent à l'excitant mécanique avec une promptitude et une énergie vraiment extraordinaires. De plus, la grimace persiste quelques instants. Contrairement à tout ce qui se passe d'habitude, les muscles de la face se contracturent. Il est vrai que cette contracture ne dure pas longtemps et cède bientôt d'elle-même.

Les inhalations de chloroforme sont continuées et nous observons les modifications suivantes :

Il se produit par instants dans les membres des *secousses spontanées.*

La malade s'agite un peu, balbutie; mais ce *délire* ne dure que peu d'instants; il revient à plusieurs reprises.

Lors de la production du phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, il se produit *un retard très appréciable* de plusieurs secondes (2, 3, 4) entre l'excitation et le mouvement réflexe.

Par instants, l'hyperexcitabilité neuro-musculaire cesse tout d'un coup dans un membre supérieur seulement ou dans les deux membres à la fois, pour reparaître quelques moments après. Il se produit ainsi un certain nombre de fluctuations, d'alternatives de perte et de retour de l'hyperexcitabilité.

Puis, sous l'influence des inhalations de chloroforme qui sont continuées, toute trace d'hyperexcitabilité disparaît de tout le corps. — La malade est dans la résolution la plus complète, la respiration est légèrement stertoreuse, le sommeil chloroformique paraît profond. — L'excitation mécanique aussi bien à la face qu'aux membres demeure sans effet.

Nous laissons la malade dans cet état, la compresse de chloroforme est enlevée, et nous observons ce qui va se passer.

Au bout de quelques minutes une contracture généralisée se déclare, le corps s'étend, les bras se contournent, la tête se renverse, il vient de l'écume aux lèvres. Nous assistons, en somme, à une ébauche de la période épileptoïde de la grande attaque hystérique. Cette phase convulsive est suivie d'un stertor avec résolution, pendant lequel nous constatons le retour de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire.

Mais bientôt une agitation excessive se déclare, c'est la période des grands mouvements de la grande attaque. Nous avons peine à maintenir la malade et il faut la coucher à terre sur des oreillers.

Presqu'aussitôt les convulsions font place au délire, à la suite duquel la malade recouvre spontanément connaissance. Pendant cette attaque, nous nous sommes bornés à maintenir la malade et nous n'avons rien fait pour enrayer les convulsions qui se sont arrêtées d'elle-mêmes.

Après avoir repris connaissance la malade demeure dans un état d'ébriété dû à l'action chloroformique. Elle tutoie tout le monde, demande de l'éther, etc., se livre à des gestes plus ou moins extravagants.

C. — Le phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire suit un arc diastaltique dont la voie centripète diffère dans l'état de léthargie et dans l'état de somnambulisme.

Depuis longtemps les physiologistes ont montré que dans le réflexe cutané il existait une relation souvent étroite entre la partie de la peau excitée et le muscle mis en mouvement.

Herbert Mayo et Calmeil avaient remarqué ce premier fait : que les contractions réflexes, lorsque l'excitation qui porte sur un point du tégument cutané n'est pas très forte, ont une tendance remarquable

à se produire exclusivement dans les muscles qui meuvent la partie excitée.

La cinquième loi de Pflüger sur les réflexes dit que les mouvements réflexes sont locaux ou généraux, et que ceux qui sont locaux ont lieu par l'intermédiaire des racines motrices situées au même niveau que les racines sensitives excitées.

Sanders-Ezn, dans des expériences sur les mouvements réflexes d'un membre postérieur de la grenouille, a indiqué des régions de la peau dont l'excitation donne lieu à des mouvements réflexes soit d'extension soit de flexion, de telle ou telle jointure du membre inférieur. Et Schroder van der Kolk avait dit, en 1847, que, lorsqu'un nerf mixte donne des branches motrices à des muscles, ses rameaux sensitifs se distribuent à la partie de la peau qui est en rapport avec ces mêmes muscles. M. Vulpian résume ainsi l'état de la question : « Il est probable, dit-il, que les fibres sensitives et les fibres motrices d'un nerf mixte ont leur origine à peu près au même niveau dans la moelle et que les fibres sont reliées les unes aux autres dans cet organe par des éléments intermédiaires. En admettant ces relations anatomiques qui sont si vraisemblables, on s'explique aisément pourquoi les excitations faites sur les extrémités d'un nerf sensitif tendent tout d'abord à mettre en jeu les fibres motrices de ce nerf [1]. »

Ainsi donc l'excitation cutanée pourrait, jusqu'à un certain point, rendre compte de la localisation de la contracture dans les expériences relatives à la phase léthargique. Mais il est une expérience qui juge la question d'une façon péremptoire et qui ne permet pas de faire entrer le phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire de l'état léthargique dans le cadre des réflexes cutanés. Cette expérience est la suivante :

Une excitation mécanique, qui n'intéresse que la peau comme le pincement, la piqûre, — en ayant bien soin de n'exercer dans ces manœuvres aucune pression même légère sur les parties profondes — n'a qu'un effet absolument négatif. Une excitation légère, comme le frôlement, une pression modérée, pourvu que l'on ait soin d'isoler le point excité des parties sous-cutanées en faisant un pli à la peau, demeure également sans résultat. Tandis qu'au même point, une excitation mécanique quelconque qui intéresse, au travers du tégument cutané, un organe sous-jacent tel qu'un muscle, un tendon ou un nerf, détermine immédiatement la production de la contracture localisée d'après les lois que nous avons fait connaître.

1. Vulpian, *loc. cit.*

Le système sensitif cutané est donc inexcitable mécaniquement dans la période de léthargie hypnotique dont il s'agit ici.

C'est donc dans la partie sous jacente que nous devrons trouver les nerfs centripètes qui entrent en jeu dans le phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire.

Nous savons, depuis les recherches de Sachs, Tschiriew et autres qu'il existe dans les tendons et les aponévroses d'enveloppe des muscles des nerfs centripètes qui jouent un rôle spécial dans le tonus musculaire et dans le fonctionnement de tout l'appareil musculaire. Il nous semble rationnel d'admettre que, dans nos expériences, ce sont ces nerfs sensitifs spéciaux qui sont intéressés. Le rapprochement que nous avons fait au point de vue clinique entre les réflexes tendineux et le phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, légitime cette manière de voir. — Ainsi donc, lorsque l'excitation mécaniqne porte sur un tendon, ce sont les nerfs du tendon qui seraient directement intéressés; si l'excitation porte sur le corps du muscle, ce sont alors les nerfs sensitifs de l'aponévrose d'enveloppe ou du corps musculaire lui-même, s'il en existe. Et en troisième lieu, lorsque l'excitation porte sur le tronc d'un nerf mixte, les nerfs sensitifs qui viennent du muscle ou du tendon, au lieu d'être intéressés partiellement à leur périphérie, le sont collectivement sur un point de leur parcours dans leur chemin vers le centre nerveux.

Lorsqu'à la suite de la pression du nerf cubital, au coude, par exemple, la contracture se produit à la main et à l'avant-bras dans le domaine du nerf cubital seulement, le phénomène doit s'expliquer, d'après la théorie, de la façon suivante. Il ne s'agit pas d'une excitation mécanique directe des filets moteurs du nerf cubital, mais bien de ses filets sensitifs par l'intermédiaire desquels l'excitation est transmise au centre médullaire d'où elle est réfléchie par la voix des filets moteurs sur les muscles tributaires du nerf.

Quant à la contracture obtenue pendant l'état somnambulique, il suffit de se rappeler ce que nous avons dit plus haut relativement à son mode de production pour que son origine exclusivement cutanée ne fasse pas l'ombre d'un doute. J'insisterai même sur la nature de l'excitation qui doit être si superficielle et si légère, que l'action du doigt à distance suffit pour la provoquer. Nous pensons qu'il n'est pas nécessaire ici de faire intervenir un fluide quelconque pour expliquer cette action à distance. Le froid, la chaleur peuvent servir d'intermédiaires. C'est d'ailleurs la raison que donnent les auteurs allemands de l'action des passes dites magnétiques. Quoi qu'il en soit, une *hyperesthésie* cutanée spéciale, dont j'ai démontré plus haut l'existence (Voy. page 620), doit entrer comme

facteur important dans la production des contractures de l'état somnambulique.

En résumé, au point de vue du mécanisme physiologique, les deux sortes de contracture dont il est question rentrent dans la catégorie des phénomènes réflexes; mais, malgré les difficultés qui existent encore au sujet du mode de production de la contracture somnambulique, nous sommes conduits à admettre les différences suivantes : La *contracture léthargique,* celle qui mérite de conserver le nom de *phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire,* aurait pour chemin l'arc diastaltique musculaire, ainsi que nous avons essayé de le prouver plus haut, tandis que la contracture somnambulique suivrait la voie de l'arc diastaltique cutané. — L'indépendance de ces deux arcs diastaltiques, démontrée par l'étude des affections nerveuses organiques, n'est pas sans donner quelque vraisemblance à l'interprétation que nous proposons.

CHAPITRE IV

MODIFICATIONS DE LA SENSIBILITÉ GÉNÉRALE ET SPÉCIALE

L'état de la sensibilité générale ou spéciale pendant l'hypnotisme est fort variable suivant les sujets et suivant les différentes phases de l'hypnose chez un même sujet.

Le seul phénomène de sensibilité constant que nous ayons observé, — du moins dans les cas francs d'hypnotisme, et je rappellerai qu'il ne s'agit ici que de l'hypnotisme chez les grandes hystériques — est l'abolition de la sensibilité cutanée à la douleur (piqûre, pincement, brûlure). Chez les hystériques qui en temps ordinaire étaient anesthésiques totales, ainsi que nous en avons compté plusieurs parmi nos sujets, ce même état persistait dans les diverses phases de l'hypnotisme. Celles qui étaient hémianesthésiques, devenaient anesthésiques complètes pendant l'hypnose. Il en était de même de celles qui, en temps ordinaire, avaient conservé leur sensibilité.

Pour ce qui est des autres modes de la sensibilité cutanée (sensibilité au contact, à la température), leur état n'offrait rien de constant.

L'observation suivante a été prise particulièrement au point de vue de l'état de la sensibilité générale et spéciale dans les différentes phases de l'hypnotisme.

État des sens dans les différents états nerveux de l'hypnotisme, 23 janvier 1882. — A l'état de veille B... est hémianesthésique à droite. L'insensibilité à la piqûre est absolue, mais elle n'existe que du côté droit du corps. Amyosthénie à droite. Pression dynamométrique : main droite = 21 k., main gauche = 40 k. Elle ne peut se tenir sur la jambe droite sans être appuyée contre un meuble. Perte du sens musculaire. Les yeux fermés, elle ne peut arriver à toucher son nez de l'index droit; elle ne se rend aucun compte de la position imprimée au bras droit et à la jambe du même côté.

L'insensibilité existe également du côté droit pour le contact et la température.

Les sens du même côté sont profondément atteints. L'œil droit est amblyopique et achromatopsique. L'oreille droite ne perçoit le tic tac que lorsque la montre est tout proche, tandis que l'oreille gauche l'entend à plus d'un mètre de distance. La narine droite n'est pas sensible aux odeurs (éther). L'amertume de la poudre de coloquinte n'est sentie que sur la moitié gauche de la langue.

B... est endormie par la fixation du regard sur une grosse tête d'épingle maintenue à peu de distance des yeux.

État léthargique. — L'invasion du sommeil est marquée par le bruit pharyngien caractéristique et par un peu d'écume aux lèvres. Palpitation des paupières fermées. Résolution des membres qui, soulevés, retombent, lourdement. Affaissement de toute l'attitude. On constate la présence de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire.

L'anesthésie à la piqûre qui tout à l'heure était localisée au côté droit, est maintenant générale. Elle occupe à un égal degré les deux côtes du corps. La malade est inerte, elle demeure sourde à toute interpellation. A force d'insistance on arrive à la faire lever en la soulevant légèrement par les bras. Elle fait à peine quelques pas. Cette inertie ne permet pas d'apprécier l'état de la sensibilité des sens spéciaux.

État cataleptique. — En soulevant les paupières de la malade, les yeux restent fixes et l'état cataleptique survient instantannément. On constate les caractères propres de l'état cataleptique. Suggestion par le geste, automatisme, hallucinations provoquées.....

L'anesthésie à la piqûre persiste totale et absolue. Aucun indice du retour de la sensibilité au contact et à la température. L'existence de la suggestion par le geste, permet de constater le retour du sens musculaire. Il existe aussi bien à droite qu'à gauche. L'approche de l'une ou de l'autre main de la commissure labiale correspondante détermine l'expression du sourire du même côté de la face.

Le regard est fixe, mais l'œil suit le doigt promené en différents sens au devant de lui, ce qui démontre la persistance de la vision, mais l'achromatopsie persiste. De l'œil gauche la malade distingue des carrés de papier diversement colorés, tandis qu'elle les voit « gris » de l'œil droit. On donne à la malade l'hallucination d'un serin posé sur sa main; de l'œil gauche elle le voit bien jaune, l'œil droit étant fermé. Mais l'œil gauche étant fermé à son tour, la malade fait le geste de rejeter l'oiseau, le trouvant d'un gris sale. De même, lors de l'hallucination d'un arlequin, elle ne distingue toutes les couleurs de son habit que si l'œil gauche est ouvert.

La montre approchée de l'oreille gauche amène un jeu de physionomie qui dénote clairement qu'elle entend, tandis que près de l'oreille droite la même manœuvre laisse la malade dans son impassibilité.

La poudre de coloquinte déposée sur la langue ne détermine aucune réaction; il en est de même des diverses odeurs placées sous les deux narines.

État somnambulique. — La malade étant replongée en état léthargique

par l'occlusion des paupières est mise en somnambulisme par la pression sur le vertex. La malade répond aux questions qu'on lui adresse et obéit aux ordres bien qu'avec une certaine résistance.

L'anesthésie à la piqûre persiste des deux côtés. Mais il existe une hyperesthésie très marquée au froid. — Un léger courant d'air est senti à plusieurs mètres de distance; la malade frissonne et se retourne sur sa chaise pour l'éviter. — Il se développe alors une sensibilité du tact bien spéciale sur laquelle je reviendrai dans le récit d'autres expériences et qui lui permet de reconnaître le contact (même au travers des vêtements) de certaines personnes. Quels que soient les artifices employés pour la tromper, jamais nous ne l'avons prise en défaut. Elle ne supporte que le contact de la personne qui l'a plongée en somnambulisme, tandis qu'elle fuit l'approche de toute autre personne.

La montre approchée de l'oreille droite n'est pas entendue, elle l'est au contraire à gauche dans les conditions normales. Il en est de même pour l'odorat qui ne persiste qu'à gauche. Le sens du goût est complètement aboli.

Elle accuse voir les couleurs de morceaux de papier qu'on lui présente, bien que les yeux paraissent complètement fermés. Un papier étant interposé devant l'œil gauche, elle dit ne plus voir que du gris.

Il est impossible de formuler une règle générale au sujet de l'état des divers sens pendant l'hypnotisme. Ils peuvent être complètement abolis, ils peuvent être conservés intacts ou partiellement, ils peuvent être affaiblis, ou exaltés jusqu'à un degré extrême.

A. — Pendant la léthargie.

Dans cet état, les sens, de même que la sensibilité générale, sont le plus souvent complètement abolis. La malade reste indifférente à toute excitation, quel que soit le sens intéressé.

Dans quelque cas où la torpeur du sujet était moindre nous avons pu constater la persistance, au moins partielle, de la sensibilité spéciale.

La malade hystérique qui a été observée avec tant de soin par Tamburini et Seppilli, au milieu de l'affaiblissement ou de l'anéantissement de la sensibilité générale ou spéciale, pendant l'état léthargique, suivant le degré plus ou moins profond de l'hypnose, présentait une hyperesthésie auditive constante.

Pendant la léthargie on peut, par certains procédés, réveiller temporairement le sens de l'ouïe. Ainsi en parlant dans un cornet acoustique appliqué dans le conduit auditif externe ou dans la paume de la main (le bras étant contracturé), ainsi que l'a fait M. Brémaud [1], on arrive à impressionner la malade. Au premier mot elle tressaille et sa respira-

1. *Société de biologie*, 1884.

tion se précipite; lui demande-t-on si elle entend, elle répond par un signe de tête affirmatif, mais elle ne peut parler; et si on lui demande de répondre et de parler elle fait un signe d'épaule marquant l'impuissance ou un signe de tête négatif. Au commandement de se lever elle ne se lève qu'après beaucoup d'hésitation et d'effort. Debout, elle chancelle, ses jambes tremblent, elle est incapable de faire un pas. Les suggestions sont impossibles. Si on lui dit : Voici un oiseau : elle fait un signe de tête négatif. Aussitôt que le cornet a quitté le contact du sujet, tout phénomène d'audition cesse. La léthargique n'est plus impressionnée par la parole. Le cornet acoustique peut être remplacé par un corps dur quelconque.

Sur d'autres points du corps tels que le vertex, l'apophyse mastoïde, la nuque, l'application de la parole reste inefficace, on ne provoque que des phénomènes peu accusés, un peu de précipitation de la respiration, par exemple, et il faut insister beaucoup plus[1].

B. — Pendant la catalepsie.

L'état des sens varie beaucoup suivant les sujets et nous pouvons dire que les phénomènes psychiques que l'on observe dans cet état et qui se montrent si différents suivant les sujets, sont en relation direct avec l'état de la sensibilité spéciale. Quant à la sensibilité générale elle est toujours complètement abolie, et n'a aucune influence sur les diverses manifestations propres à cette phase de l'hypnotisme.

Par contre le sens musculaire conserve ou retrouve toute son activité. Nous verrons plus loin que, dans un certain nombre de cas, les phénomènes suggestifs si remarquables ne sont possibles que par l'intermédiaire du sens musculaire. Au milieu de l'anéantissement général de la sensibilité spéciale, le sens musculaire reste comme la seule voie ouverte par laquelle on puisse impressionner le cerveau. Peut-être doit-on voir dans la conservation ou même l'exaltation du sens musculaire une des conditions premières de la stabilité musculaire propre à l'état cataleptique.

C. — Pendant le somnambulisme.

L'anesthésie à la piqûre persiste, mais l'état des sens varie. Ils restent ce qu'ils étaient pendant la veille. Quelques-uns peuvent être abolis, d'autres, au contraire, exaltés à un degré vraiment surprenant. Le fait le plus remarquable qu'il nous ait été donné de constater dans ce sens,

a trait au sens de la température et au sens du toucher. Le moindre courant d'air est ressenti avec une grande vivacité et à plusieurs mètres de distance. Et il se développe un état spécial d'attraction du sujet pour certaines personnes et qui paraît résider dans une hyperesthésie du tact. Ce fait signalé dans plusieurs attaques de somnambulisme hystérique spontané[1] s'est montré dans nos expériences avec beaucoup de netteté.

La somnambule est comme attirée par l'observateur qui, en pressant avec le doigt sur le sommet de sa tête, l'a plongée dans cet état. S'il s'éloigne elle devient inquiète, se met à geindre, le recherche, le suit, et ne trouve de repos qu'après l'avoir rejoint. Elle se contente alors de se maintenir près de lui immobile, mais le même manège recommence s'il vient à s'éloigner de nouveau. J'ai toujours vu le même phénomène se produire quelque soit celui qui ait touché son *point magnétique*. Si l'attouchement de ce point a été fait par l'intermédiaire d'un objet quelconque, le même état nerveux de somnambulisme ne s'en produit pas moins, mais l'état spécial d'attraction, dont je parle, n'existe pas; la malade demeure impassible. Cependant, ce curieux phénomène ne demande qu'une occasion pour se développer, et il se produit immédiatement en faveur de celui qui, le premier, quel qu'il soit, touche la malade et particulièrement les parties nues de son corps, comme les mains.

C'est alors que nous avons pu varier l'expérience d'une façon bien curieuse qui prouve que cette influence n'a rien de mystérieux, et qu'elle réside tout entière dans une modification particulière du tact qui s'opère en dehors de la conscience de la malade.

Pendant que la malade est plongée dans le somnambulisme par la friction du vertex au moyen d'un objet quelconque, deux observateurs se présentent qui, sans résistance aucune de sa part, s'emparent chacun d'une de ses mains. Que va-t-il se passer? Bientôt la malade, de chaque main, presse celle de chacun des observateurs et ne veut pas les abandonner. L'état spécial d'attraction existe à la fois pour les deux; mais la malade se trouve en quelque sorte divisée par moitié. Chaque observateur ne possède la sympathie que d'une moitié de la malade et celle-ci oppose la même résistance à l'observateur de gauche lorsqu'il veut saisir la main droite, qu'à l'observateur de droite lorsqu'il veut saisir la main gauche. Je ne chercherai point l'explication de cette singulière influence d'un contact étranger. Je me borne à signaler ce fait comme un fait d'observation régulièrement observé.

1. Observation du Dr Billet, rapportée plus haut, p. 471, et observation de Lasègue, p. 318.

J'ajouterai que dans tous les cas où nous avons observé une hyperesthésie si remarquable de certaines modalités de la sensibilité cutanée l'anesthésie à la piqûre persistait dans toute son intensité.

Mais il n'en est pas toujours ainsi au dire de quelques observateurs; l'hyperesthésie cutanée à la piqûre peut être très grande et vient parfois s'ajouter à l'exaltation des autres modes de la sensibilité de la peau.

Cette exaltation de la sensibilité cutanée a été signalée par Braid qui cherche là une explication du phénomène de la transposition des sens. « La prétendue faculté de voir, à l'aide d'autres parties du corps que les yeux, dit-il, est pour moi un leurre. Il est manifeste cependant, que certains sujets peuvent décrire la forme d'un objet tenu à la distance d'un pouce et demi de la peau, près de la nuque, du sommet de la tête, près du bras, de la main, ou d'autres parties du corps, mais voici l'explication de la sensation qu'ils éprouvent : la sensibilité de la peau, exaltée à l'extrême, leur permet de reconnaître la forme des objets qu'on leur présente ainsi, par la tendance de ces objets à émettre ou à absorber du calorique. Il ne s'agit, toutefois, pas de la *vue* mais bien du toucher... J'ai montré, ajoute-t-il plus loin, qu'un patient peut sentir et suivre les mouvements d'un entonnoir de verre mû dans l'air à la distance de quinze pieds... C'est à cause de l'extrême sensibilité de la peau pendant l'hypnotisme que des sujets peuvent circuler dans une chambre, les yeux bandés, sans se heurter aux meubles, ils sont guidés par la différence de température ou plutôt par le degré de conductibilité des objets et par la résistance de l'air[1]. »

D'après Braid, l'hyperesthésie est générale, et intéresse tous les sens à l'exception de la vue dans la première période de l'hypnotisme, puis ils tombent dans un assoupissement profond d'où il est facile de les faire sortir isolément au moyen d'un procédé très simple qui consiste à diriger un léger courant d'air sur l'organe sensoriel qu'on désire réveiller.

Il a ainsi constaté que l'ouïe est environ douze fois plus sensible qu'à l'état normal. Il cite le fait d'une dame qui, par l'odorat, pouvait suivre une rose que l'on tenait éloignée de quarante-six pieds, aussi sûrement qu'un chien de chasse atteint son gibier.

De nombreux observateurs ont cité des cas analogues.

Ces faits ont été récemment confirmés par le professeur O. Berger de Breslau et rigoureusement contrôlés.

« Le plus petit attouchement, dit-il, par exemple le contact d'un

1. Braid, *Neurypnologie*, trad. J. Simon, p. 40.

cheveu sur une partie peu sensible du corps est perçu et la sensation est localisée de la façon la plus sûre. »

L'exploration avec l'æsthésiomètre de Weber a donné, entre les mains de cet observateur, les résultats les plus nets. Alors que la limite d'écartement des pointes, pour citer un exemple, était de dix-huit à l'état normal, pour une sensation unique sur un point donné du corps, la double sensation était perçue sur le même point pendant l'hypnotisme, jusqu'à un écartement minimum de trois. La sensibilité à la pression, la sensibilité à la température s'exaltent également. Le même observateur a constaté l'exaltation de l'ouïe, de l'odorat et de la vue.

Enfin je rappellerai ici les expériences de M. Dumontpallier d'autant plus intéressantes pour nous qu'elles ont porté sur des sujets atteints d'hystérie.

En étudiant l'action des agents physiques sur la production d'actes réflexes cutano-musculaires, M. Dumontpallier a constaté, à l'aide de la lumière de Drummont passant à travers un prisme de cristal, que les rayons extra-rouges et extra-violets du spectre avaient une action sur la surface de la peau, laquelle action déterminait secondairement une contraction musculaire.

Le son produit à une certaine distance et transmis, au moyen d'un long tube de caoutchouc, à la surface de la peau d'une hystérique hypnotisée détermine des contractions musculaires et lorsqu'on transmettait ainsi le tic-tac d'une montre, on voyait les contractions des muscles marcher d'une façon synchrone avec les bruits de la montre. Si on retirait la montre les contractions musculaires s'arrêtaient.

Des expériences analogues ont été faites avec le téléphone et le microphone, c'est-à-dire que des vibrations très faibles de ces instruments suffisaient pour déterminer des contractions musculaires[1].

Nous ne pensons pas qu'il existe entre l'état de la sensibilité et les phénomènes variés de l'hypnotisme l'étroite relation que M. Dumontpallier a cherché à établir.

M. Dumontpallier en effet rapporte que chez les hystériques hémianesthésiques, les différents phénomènes des trois périodes principales de l'hypnotisme ne peuvent être provoqués que du côté où la sensibilité existe, et en conséquence que, dans les cas où la sensibilité peut être transférée d'un côté à l'autre du corps, les mêmes phénomènes hypnotiques sont transférés au côté devenu sensible, tandis qu'ils cessent d'exister du côté devenu insensible. Il ajoute même que dans

1. Société de biologie, séance du 7 janvier 1882.

les cas où la sensibilité a été maintenue expérimentalement des deux côtés du corps, à des degrés différents, les phénomènes de l'hypnotisme sont, pour chaque côté du corps, proportionnels au degré de sensibilité existant.

Les faits rapportés par M. Dumontpallier ont été certainement bien observés, mais la généralisation des conclusions qu'ils comportent ne nous paraît point légitime. Il résulte, en effet, des assertions de M. Dumontpallier que les sujets anesthésiques des deux côtés ne devraient présenter aucun des phénomènes de l'hypnotisme. Or bon nombre des malades sur lesquelles nous avons expérimenté appartenant à la grande hystérie étaient complètement anesthésiques, et nous ajouterons que quelques-unes, que nous avons pu considérer comme nos meilleurs sujets, appartenaient à cette catégorie.

Il est cependant quelques phénomènes hypnotiques sur lesquels influe l'état de la sensibilité. Nous verrons plus loin comment, dans quelques cas, certaines hallucinations provoquées varient avec l'état des sens.

CHAPITRE V

PHÉNOMÈNES SUGGESTIFS. — AUTOMATISME, IMPULSIONS, ILLUSIONS, HALLUCINATIONS

A. — Pendant la léthargie.

Pendant l'état de léthargie, les phénomènes psychiques sont presque nuls. Dans le plus grand nombre des cas, la torpeur cérébrale est complète. La malade est plongée comme en un coma profond, d'où aucune excitation ne peut la tirer. Quelquefois cependant, aux appels réitérés de son nom, la malade semble répondre par quelques mouvements respiratoires plus précipités. Parfois même on parvient, en la tirant par la manche, à la faire lever. Mais là se borne ordinairement tout ce qu'on peut obtenir d'elle dans cet état. — Nous avons vu que, par un artifice, on peut réveiller, au moins dans une certaine mesure, le sens de l'ouïe. M. Brémond à qui l'on doit la connaissance de ce fait, en tire la conclusion que toute la différence entre la léthargie et le somnambulisme réside dans l'aptitude ou la non-aptitude de l'oreille à percevoir les sons. Il ajoute que, si dans l'état léthargique on arrive par un procédé quelconque à réveiller le sens de l'ouïe, il devient alors possible de provoquer toutes les manifestations propres à l'état somnambulique : hallucinations, suggestions, etc... De telle sorte qu'il n'y aurait entre la léthargie et le somnambulisme aucune différence essentielle au point de vue du fonctionnement intellectuel et de la mise en action de centres particuliers, puisque par un simple artifice d'expérience on peut se mettre en relation avec le léthargique comme avec le somnambule (*Soc. de biologie*, 1884).

A notre avis la distinction entre l'état de léthargie et l'état de somnambulisme est plus fondamentale. Notre expérience nous a montré,

dans le cas où il nous a été donné de contrôler le fait avancé par M. Brémond, que, si la malade entendait parfaitement notre parole, la modification apportée à l'état léthargique se bornait là. L'hallucination n'était pas possible.

Nous en tirerons la conclusion suivante. Il y a des léthargiques à tous les degrés, et celles sur lesquelles M. Brémond a expérimenté étaient bien près d'être somnambules.

B. — Pendant la catalepsie.

Pendant la catalepsie, l'anesthésie cutanée à la piqûre persiste au même degré que pendant l'état de léthargie; mais aux phénomènes neuro-musculaires caractéristiques de ce nouvel état nerveux et que nous avons étudiés précédemment, s'ajoute un réveil au moins partiel de l'activité sensorielle qui permet d'impressionner diversement le sujet et de faire naître toute une série de phénomènes suggestifs dont nous allons nous occuper dans un instant.

C. — Pendant le somnambulisme.

C'est pendant la phase somnambulique que les phénomènes psychiques qui existent déjà à un degré variable suivant les sujets pendant l'état cataleptique, acquièrent leur plus haut degré de développement.

ARTICLE PREMIER

Suggestions par le sens musculaire

§ 1er. — INFLUENCE DE L'ATTITUDE COMMUNIQUÉE SUR LA PHYSIONOMIE

Un des grands caractères de l'état de catalepsie hypnotique, en outre de la légèreté des membres et de leur aptitude à conserver les attitudes communiquées, consiste dans l'harmonie, dans la coordination parfaite qui préside toujours aux poses variées que l'on imprime aux sujets. Ceci résulte d'une disposition nerveuse spéciale en vertu de laquelle les attitudes expressives communiquées dans cet état ont une tendance à se compléter d'elles-mêmes. Les mouvements imprimés aux diverses parties du corps, en tant qu'ils sont expressifs, sont suivis en quelque sorte fatalement de mouvements secondaires destinés à compléter l'expression primitivement ébauchée par la main de l'opérateur.



CATALEPSIE PROVOQUÉE — SUGGESTION.
D'après une Photographie de Mr. Loreau.

A. Delahaye et E. Lecrosnier.



CATALEPSIE PROVOQUÉE — SUGGESTION.
D'après une Photographie de Mr. Loreau.

A. Delahaye et E. Lecrosnier.

C'est ainsi que de semblables sujets peuvent être une source de renseignements précieux pour l'étude des mouvements expressifs.

Les premiers exemples que nous ayons observés l'ont été dès le début de nos recherches sur l'hypnotisme. Ils consistent dans l'influence du geste sur l'expression de la physionomie. C'est là un point sur lequel Braid a attiré le premier l'attention. Lorsque ces attitudes sont expressives, le visage se met en harmonie avec elles et concourt à la même expression. Ainsi une attitude tragique imprime un air dur à la physionomie, le sourcil se contracte. Au contraire, si l'on approche les deux mains ouvertes de la bouche, comme dans l'acte d'envoyer un baiser, le sourire apparaît immédiatement aux lèvres. Dans cette circonstance, la réaction du geste sur la physionomie est très saisissante et se produit avec la plus grande netteté, ainsi que cherchent à le représenter les deux planches IX et X.

On peut ainsi varier les attitudes à l'infini. L'extase, la prière, l'humilité, la tristesse, le défi, la colère, l'effroi... peuvent être représentés. Il est véritablement surprenant de voir avec quelle constance un simple changement dans l'attitude des mains réagit sur les traits du visage. La main ouverte est-elle tendue en avant, l'expression du visage est celle du calme et de la bienveillance, qui se transforme en sourire si l'on vient à soulever les bras et à rapprocher l'extrémité des doigts de la bouche. Mais sans modifier l'attitude des bras, il suffit de fermer les mains du sujet pour voir aussitôt la bienveillance faire place à la sévérité, qui devient bientôt du courroux si, d'autre part, le poing fermé s'accentue.

Ce phénomène peut être unilatéral. Si le poing est fermé, d'un seul côté, et porté en avant, comme dans la menace, le sourcil ne se contracte que du côté correspondant. De même si une seule main étendue est approchée de la commissure labiale, le sourire n'apparaîtra que sur le même côté du visage. Les deux attitudes différentes peuvent être imprimées simultanément à chaque côté du corps, et chaque moitié du visage réfléchira l'expression correspondante.

§ 2. — INFLUENCE DE LA PHYSIONOMIE SUR LE GESTE

Nous avons eu, M. Charcot et moi, l'idée de procéder d'une façon inverse et au lieu d'agir sur le geste pour modifier la physionomie, nous avons recherché l'influence de la physionomie sur le geste.

Pour imprimer à la physionomie des expressions variées, le moyen était tout trouvé et la voie ouverte par un habile expérimentateur. Nous

avons eu recours à la faradisation localisée des muscles de la face, suivant les procédés employés par Duchenne (de Boulogne) dans ses études que nous avons déjà rappelées, sur le *mécanisme de la physionomie.* Il nous faut dire que l'électrisation portée ainsi sur la face d'un sujet hypnotisé ne modifie en aucune façon l'état nerveux dans lequel il se trouve. L'état cataleptique n'est nullement interrompu par l'application électrique, tandis que l'on sait que le simple souffle sur le visage suffit pour le dissiper en un instant.

Dès nos premières expériences, nous avons vu l'attitude, le geste approprié, suivre l'expression que l'excitation électrique avait imprimée à la physionomie. Au fur et à mesure que le mouvement des traits s'accentuait, on voyait, en quelque sorte spontanément, tout le corps entrer en action, et compléter par le geste l'expression du visage. Lorsque par erreur ou tâtonnement dans le procédé opératoire, l'expression de la physionomie ne s'accusait pas franchement, le geste demeurait indécis.

Une fois produit, le mouvement imprimé aux traits du visage ne s'efface pas, malgré la cessation de la cause qui l'a engendré, après qu'on a retiré les électrodes. La physionomie demeure immobilisée en catalepsie, il en est de même pour l'attitude et le geste qui l'ont accompagnée. Le sujet se trouve ainsi transformé en une sorte de statue expressive, modèle immobile représentant avec une vérité saisissante les expressions les plus variées et dont les artistes pourraient assurément tirer le plus grand parti.

Nous avons vu, dans les expériences relatives à l'hyperexcitabilité neuro-musculaire de la face dans l'état léthargique, les différents muscles de la face se contracter partiellement sous l'influence de l'excitation mécanique de façon à nous permettre de répéter avec la plus grande facilité la plupart des belles expériences de Duchenne de Boulogne sur le rôle des muscles de la face dans l'expression des passions.

Les expériences dont il s'agit ici sont bien plus décisives[1].

Par l'excitation faradique d'un muscle de la face chez un sujet cata-

1. M. Bertrand dans un récent article en a parfaitement saisi la signification lorsqu'il dit au sujet des expériences de Duchenne :

« C'était une sorte d'analyse psychologique par l'électricité, analyse assez délicate pour nous permettre, par exemple, de distinguer nettement le vrai sourire du sourire franc et forcé de l'hypocrite. Seulement, tandis que le décor changeait aux yeux du spectateur, la scène restait vide : le cerveau et l'esprit du vieillard qui se prêtait aux expériences de Duchenne demeuraient inactifs et impassibles. Les expériences de Charcot (il s'agit des expériences de suggestion) font un pas de plus et deviennent tout autrement intéressantes ; celles de Duchenne étaient, pourrait-on dire, superficielles ; celles de Charcot pénètrent jusque dans les profondeurs de notre machine cérébrale et mentale.» (*Revue Philosophique*, n° 3, 1884.)

leptique, notre action ne se borne pas simplement comme dans les expériences de Duchenne, à en amener la contraction et les modifications des lignes du visage qui en résultent. Ce muscle contracté, par la notion qu'il envoie au cerveau de son propre mouvement par l'intermédiaire de ses nerfs centripètes, devient à son tour la cause de mouvements secondaires qui se passent soit dans d'autres muscles de la physionomie soit dans les muscles des membres, et dont le résultat est d'affirmer, de compléter l'expression plus ou moins nettement esquissée par le muscle directement et faradiquement excité.

C'est ainsi que nous pouvons trouver dans ces mouvements secondaires une confirmation ou une infirmation de la qualité expressive d'un muscle donné.

Nous avons pris tout naturellement pour guide les expériences de Duchenne, et nous devons dire, à la gloire de cet habile observateur que nos recherches n'ont fait que confirmer pour la plupart les conclusions auxquelles il avait été conduit.

Dans une première série qui date du 16 novembre 1881, le procédé opératoire était des plus simples. A l'aide des excitateurs olivaires ordinaires de l'appareil à charriot de Dubois-Raymond, nous faisions contracter un muscle de la face; la physionomie s'impressionnait, le geste suivait. Ce résultat obtenu, nous retirions les excitateurs et la photographie pouvait en être prise aussitôt.

Dans des expériences plus récentes nous avons modifié un peu le procédé opératoire. Les excitateurs formés d'une tige métallique malléable terminée par de petites olives sont fixés sur la tête du sujet lui-même et restent en place tout le temps que dure l'expérience.

Cette disposition permet de constater sur la photographie le point d'application exact du réophore. En outre il nous a permis pour une même application, de varier avec plus de facilité l'intensité du courant.

Nous avons remplacé dans quelques expériences l'excitateur olivaire, par une petite aiguille implantée directement dans le muscle. Un grand nombre de ces expériences ont été photographiées grâce à l'habile concours de notre ami E. Londe, chargé des travaux chimiques au laboratoire de la Salpêtrière. Les quelques croquis qui suivent ne donnent qu'une idée imparfaite de quelques-unes de ces photographies qui sont d'une vérité d'expression vraiment saisissante et qui sont toutes conservées dans les collections du laboratoire. Il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que les dessins ci-joints ont tous été faits d'après les photographies qui représentent les premières expériences tentées à ce sujet.

J'entrerai ici dans quelques détails. Au début de chacune des expé-

riences qui vont suivre la malade plongée en état cataleptique était placée debout dans une attitude inexpressive, la tête droite, les deux bras retombant naturellement des deux côtés du corps.



Fig. 146. — Excitation faradique du muscle frontal (courant faible).



Fig. 147. — Excitation faradique du muscle frontal (courant fort).

1° Si l'on vient alors à exciter faradiquement les deux *muscles frontaux* en plaçant une électrode au niveau de chacun d'eux, on voit aussitôt le front se sillonner de rides transversales, les sourcils s'élever,

l'ouverture palpébrale s'aggrandir un peu, l'œil devenir fixe; en un mot la physionomie prend l'expression de l'étonnement (fig. 147). Mais ce n'est



Fig. 148. — Excitation faradique du muscle orbiculaire palpébral supérieur (courant faible).

pas tout, l'expression ainsi imprimée à la face par la contraction d'un seul muscle, se complète d'elle-même. La bouche s'ouvre légèrement



Fig. 149. — Excitation faradique du muscle orbiculaire palpébral supérieur (courant fort).

sans qu'on ait touché aux muscles abaisseurs de la mâchoire inférieure, et les deux bras s'élèvent à demi fléchis, la paume des mains tournées

en avant, ainsi qu'il est représenté sur la figure 147. Une fois produite cette attitude persiste indéfiniment, et le sujet toujours cataleptique ne quittera cette position que pour une autre qui lui sera communiquée. Ainsi, en lui abaissant les deux bras de façon à les placer verticalement le long du corps, la physionomie redevient inexpressive. De sorte que, dans cette expérience, l'influence réciproque du geste et de la physionomie s'exerce successivement dans les deux sens. En premier lieu, c'est la physionomie qui entraîne le geste destiné à la compléter, puis c'est le geste qui rendu lui-même inexpressif retentit sur la physionomie qui perd au même moment toute expression.

Cette remarque s'applique à toutes les expériences qui suivent.

Il est à noter que pour un même muscle l'expression varie dans une certaine mesure avec l'intensité du courant. Ce qui revient à dire que l'expression donnée à la physionomie par l'action d'un muscle varie avec son degré de contraction.

Ainsi, pour le muscle frontal, si l'excitation est faible, c'est d'abord l'attention, puis la surprise, l'admiration, l'extase, enfin l'étonnement le plus complet.

La figure 146 représente l'excitation du même muscle avec un courant moins intense que celui employé dans l'expression représentée dans la figure 147.

Le muscle *orbiculaire palpébral supérieur* est, d'après Duchenne, le muscle de la réflexion. Dans nos expériences nous avons vu à un premier degré de contraction le regard fixe sous le sourcil abaissé, le corps légèrement renversé et tourné de côté, la main droite un peu levée, la gauche prête à se fermer. Il semble que la malade observe avec attention les mouvements d'un ennemi (fig. 148).

A un degré de contraction plus intense, le regard s'anime, la physionomie respire la colère. En même temps le bras gauche s'est levé horizontalement fléchi, le coude en avant, comme pour parer les coups, pendant que le bras droit, poing fermé, semble prêt à en porter (fig. 149).

Nous serions tenté, d'après cette expérience maintes fois répétée et qui a toujours donné les mêmes résultats, d'attribuer au muscle orbiculo-palpébral supérieur un rôle dans l'expression des passions de colère, de combat ou d'agression, rôle que Duchenne attribue presque exclusivement au muscle pyramidal du nez.

L'excitation du *muscle sourcillier* nous a toujours donné une expression de douleur. Le caractère de la physionomie est bien celui décrit par Duchenne, mais en même temps la tête se penche sur le côté, le

regard porté en haut; puis la main droite se place sur le cœur (fig. 151).



Fig. 150. — Excitation faradique du muscle sourcillier (courant faible).

Dans une autre expérience dans laquelle la physionomie avait pris



Fig. 151. — Excitation faradique du muscle sourcillier (courant fort).

une expression de douleur moins vive, la tête s'était abaissée et la main

droite portée aux yeux a demi fermés comme pour essuyer des larmes (fig. 150).



Fig. 152. — Excitation faradique du muscle grand zygomatique (courant faible).

De même pour le *grand zygomatique* qui est le muscle du rire. Mais ici nous ne pouvons obtenir la contraction isolée du muscle excité et



Fig. 153. — Excitation faradique du muscle grand zygomatique (courant fort).

reproduire le rire que Duchenne qualifie de faux et de menteur. Toujours l'expression du rire franc se complète par la contraction simultanée du

muscle palpébral inférieur dont Duchenne signale l'importance et qu'il



Fig. 154. — Faradisation du muscle élévateur commun de l'aile du nez et de la lèvre supérieure.

appelle le muscle de la bienveillance. En même temps les mains s'élèvent et se placent près de la bouche comme dans l'acte d'envoyer un



Fig. 155. — Faradisation du muscle élévateur commun de l'aile du nez et de la lèvre supérieure.

baiser (fig. 152). Si l'expression du rire est plus accusée, les mains se

croisent sur la gorge comme pour en modérer les éclats (fig. 153).

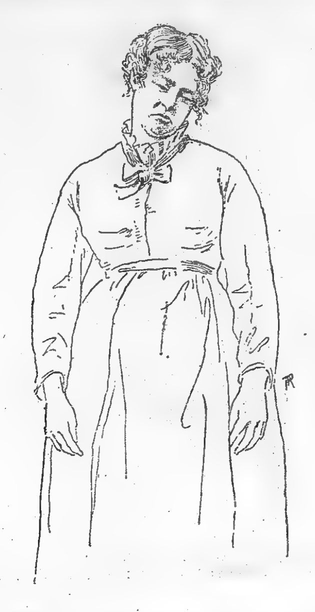


Fig. 156. — Excitation faradique du muscle triangulaire des lèvres.

Dans quelques expériences nous avons vu les bras se croiser sur la



Fig 157. — Excitation faradique simultanée du muscle frontal et du muscle peaucier.

poitrine comme pour étreindre quelqu'un en même temps que le rire

de la physionomie avait une expression érotique nettement marquée.

Le muscle *élévateur commun de l'aile du nez et de la lèvre supérieure* est le muscle du dédain ou du mépris. Son action s'accompagne d'un mouvement de tout le corps qui se tourne de côté (fig. 154), quelquefois la main droite se lève, l'index étendu dans la direction du regard (fig. 155).

Si c'est le *triangulaire des lèvres* (muscle de la tristesse de Duchenne) qui est en jeu, la tête se penche, les bras restent pendant le long du corps. Toute l'attitude est celle de l'abattement (fig. 156).

Il est des expressions qui, pour être complètes, exigent, ainsi que l'a démontré Duchenne (de Boulogne), la contraction simultanée de deux muscles de la face. Par exemple, l'expression de l'effroi, de la frayeur s'obtient par la contraction simultanée du frontal et du peaucier. — Cette expression a pu facilement être obtenue chez notre malade et l'on voit que le geste s'est mis aussitôt en harmonie. Le corps s'est rejeté en arrière et les deux mains se disposent à prévenir l'approche de l'objet qui cause l'effroi (fig. 157).

La contraction isolée du peaucier d'après Duchenne est complètement inexpressive. La chose est facile à constater, il est vrai, sur les figures dans lesquelles la contraction est obtenue par la faradisation.

Mais j'ajouterai que chez le sujet cataleptique la contraction isolée du peaucier est impossible; toujours il s'y joint quelques mouvements secondaires dans les autres muscles du visage (frontal particulièrement) qui font que l'ébauche de la frayeur est déjà sur la physionomie. Ceci nous conduit à attribuer dans l'expression de la frayeur une part prépondérante au muscle peaucier qui est le seul muscle du visage dont l'action isolée détermine l'expression de frayeur d'ailleurs complétée, ainsi que le démontra Duchenne, par l'action du muscle frontal.

Une expression différente imprimée à chaque moitié du visage est accompagnée de gestes différents dans les membres de chaque côté; chaque moitié du corps se mettant en harmonie avec le sentiment exprimé par la moitié de la face qui lui correspond. C'est ainsi qu'en plaçant un des réophores à droite sur le muscle grand zygomatique et à gauche sur le muscle orbiculaire palpébral supérieur, on voit la main droite ouverte s'approcher de la commissure labiale droite relevée par le sourire, tandis que le bras gauche montre le poing et que le sourcil du même côté se fronce dans une expression de courroux.

Les passions quelque peu vives qui s'expriment extérieurement par le jeu de la physionomie et des gestes, retentissent en même temps sur les fonctions organiques dont les modifications variées rentrent au nombre de leurs manifestations. C'est ainsi que la coloration de la face,

l'accélération des battements du cœur, ou des mouvements de la respiration, la sécrétion de la sueur etc... deviennent des modes d'expression de sentiments variés. Ces derniers signes bien que n'étant pas les plus apparents sont considérés comme les plus vrais, les plus sincères, parce que les troubles des fonctions organiques échappent à l'action de la volonté qui peut, au contraire, entraver dans une certaine mesure les mouvements des membres et du visage.

Quelle part prennent ils dans l'expression des passions obtenue par l'intermédiaire du sens musculaire dans l'état de catalepsie ? Bien que

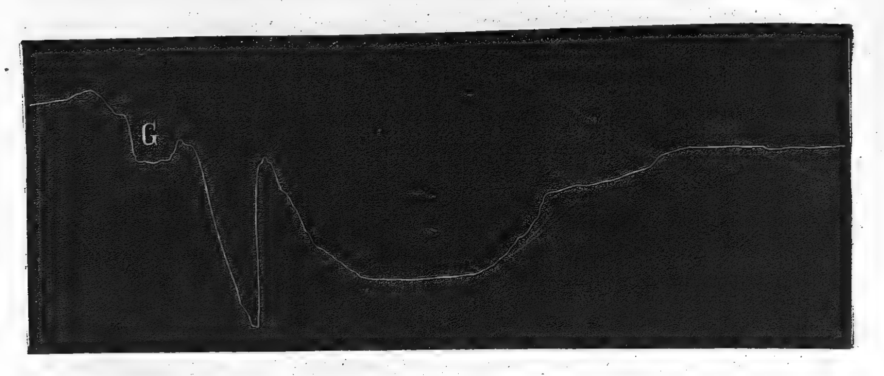


Fig. 158.
Tracé de la respiration thoracique pendant l'état cataleptique. G. Moment où l'on provoque l'expression du rire par l'excitation faradique du muscle grand-zygomatique.

n'ayant porté que sur les troubles de la respiration, nos recherches nous ont conduit à un résultat que, par analogie, nous croyons pouvoir généraliser en disant que, dans la suggestion par l'intermédiaire du sens musculaire pendant l'état cataleptique, l'expression des passions est plus superficielle que profonde et que, malgré la vérité saisissante de la manifestation extérieure, la réaction sur l'être intime est nulle ou presque nulle.

En effet, si nous plaçons un pneumographe sur la poitrine du sujet cataleptique, nous observons ce qui suit : Le tracé nous révèle d'abord les caractères particuliers de la respiration cataleptique sur lesquels nous insisterons plus loin : période d'apnée, mouvements respiratoires lents et superficiels. Et nous pouvons constater facilement qu'au moment de la suggestion par le sens musculaire la respiration n'est impressionnée que dans des limites restreintes et temporairement.

Lorsque nous faisons contracter faradiquement le muscle grand zygomatique pour provoquer l'expression du rire, on voit se produire un ou deux mouvements respiratoires, puis la courbe ne tarde pas à reprendre son uniformité (fig. 158).

Lorsque le rire est provoqué par la réaction du geste sur la physionomie, les modifications de la respiration sont encore moindres ainsi qu'on peut le voir d'après le tracé (fig. 159). Lors de l'excitation faradique de l'orbiculaire palpébral supérieur, le trouble respiratoire n'est pas plus prononcé; le mouvement respiratoire qui se produit alors est seulement plus profond.

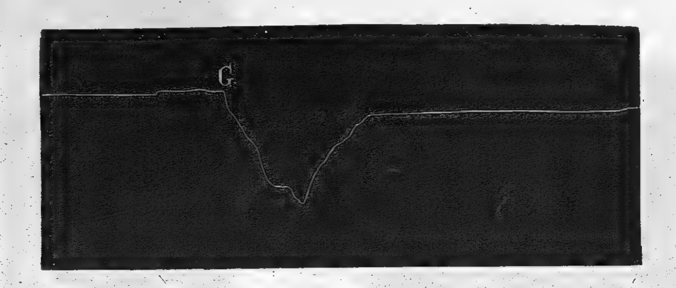


Fig. 159.
Respiration thoracique pendant l'état cataleptique. — G. Moment où l'on provoque l'expression du rire en rapprochant les deux mains de la bouche, comme dans l'attitude figurée planche IX ou fig. 152.

Je citerai encore un exemple. Au moment où nous excitons faradiquement le frontal (muscle de l'étonnement) nous voyons une inspiration profonde se produire aussitôt, puis la poitrine demeure immobilisée en inspiration forcée. Nous faisons contracter ensuite le peaucier pour obtenir l'expression de terreur et d'effroi, un mouvement brusque d'expiration se produit alors suivi ou non d'une nouvelle inspiration; et malgré l'image saisissante de la plus vive frayeur qui demeure peinte sur les traits et dans les gestes du sujet, la respiration reprend son calme et son immobilité cataleptique (fig. 160).

Les tracés que j'ai fait reproduire ici sont ceux dans lesquels les modifications de la respiration ont été les plus marquées. Dans bien d'autres de nos expériences le mouvement respiratoire a été moindre. Quelquefois il troublait à peine le repos cataleptique. A ce propos nous avons toujours vu une différence entre la suggestion obtenue par le geste communiqué, et celle qui avait été obtenue par la faradisation des muscles du visage. Dans le premier cas les troubles respiratoires ont toujours été moindres que dans le second, ce qui revient à dire que la suggestion par le geste est un peu moins efficace, moins complète que celle qui est obtenue par l'action des muscles du visage.

Nous trouvons là une dissociation vraiment bien curieuse des différents modes d'expression des passions, la suggestion cataleptique par le sens musculaire ne mettant en jeu que le mécanisme des manifesta-

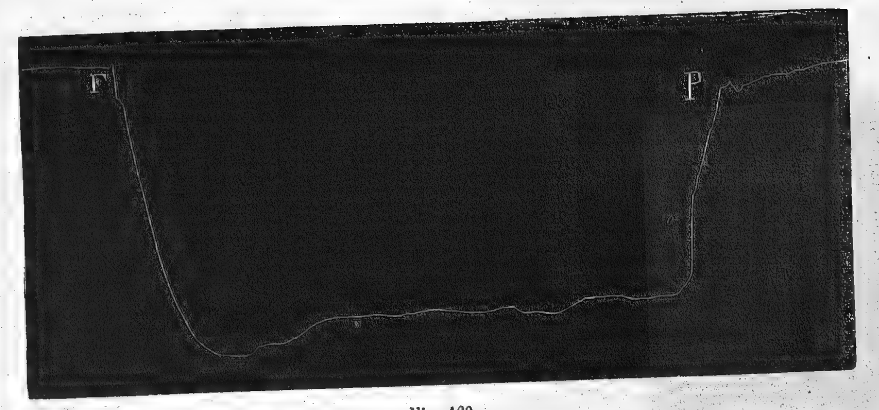


Fig. 160.

Respiration thoracique pendant l'état cataleptique. Au moment F, où l'on provoque l'attitude de l'étonnement (fig. 147) par l'excitation faradique du muscle frontal, il se produit une inspiration et l'immobilité cataleptique se maintient en inspiration forcée. Peu après l'excitation faradique du muscle peaucier modifie l'expression qui devient la terreur (fig. 157). A ce moment une expiration brusque se produit puis le tracé reprend les caractères de l'état cataleptique.

Fig. 161.

Respiration thoracique pendant la période somnambulique. En H, hallucination du diable, qu'on fait cesser au point marqué d'une *.

tions extérieures, et laissant au repos le rouage qui tient sous sa dépendance les manifestations intimes et organiques.

Il n'en est plus de même quand la suggestion est donnée par l'ouïe, dans l'état cataleptique, chez les sujets qui en sont susceptibles, ou bien par le même procédé pendant l'état somnambulique. Les tracés de la respiration que nous avons pris dans ces circonstances en font foi.

Je me contenterai d'en citer un exemple.

Le tracé (fig. 161) a trait à la suggestion de la terreur. La malade somnambule respire avec calme en contemplant un beau monsieur bien mis qu'on lui dit être devant elle. Mais on lui fait bientôt observer que ce monsieur a le pied fourchu, qu'il a des cornes, qu'il n'est autre que le diable. Aussitôt elle est prise d'une vive frayeur et l'expression qui se peint alors dans les gestes et sur la physionomie du sujet est en tout comparable a ce que nous avons observé pendant l'état cataleptique (fig. 157). Mais l'impression est plus profonde, la suggestion est plus complète, le trouble de la respiration est très accusé. Les mouvements respiratoires sont précipités, profonds, inégaux. L'affirmation que le diable a disparu est suivie d'un profond soupir puis la respiration reprend peu à peu sa régularité.

L'exploration du pouls vient confirmer les résultats obtenus par l'étude de la respiration. En voici un exemple.

Pendant la veille, on compte	62	pulsations.
Pendant l'état léthargique	72	—
Pendant l'état cataleptique	72	—
Suggestion de la terreur par faradisation des muscles de la face pendant l'état cataleptique	76	—
Pendant le somnambulisme	76	—
Suggestion de la terreur pendant le somnambulisme. Hallucination du serpent	92	—

On constate une différence notable dans la fréquence des battements cardiaques pendant la suggestion de la terreur suivant que cette suggestion est produite pendant l'état cataleptique par faradisation des muscles de la face, ou pendant l'état somnambulique par simple injonction verbale.

Il y a donc différents degrés dans la suggestion et nous pouvons dire que pendant l'état cataleptique la suggestion est plus limitée, plus partielle, moins profonde que pendant la période de somnambulisme que nous étudierons plus loin.

Tous les sujets sur lesquels nous avons expérimenté n'ont pas présenté le même développement du phénomène.

Il faut ajouter que ces actes automatiques développés sous l'influence de l'excitation portée aux centres nerveux par la voix du sens musculaire sont, jusqu'à un certain point, susceptibles d'éducation. Comme dans les actes réflexes en général, ils se perfectionnent sous l'influence de la répétition.

Dans les cas peu développés, les débuts et en quelque sorte la naissance du phénomène offrent un intérêt tout particulier. L'expression donnée à la physionomie par l'excitation électrique demande à être prolongée pendant quelques instants pour réagir sur le centre nerveux. Au début de l'excitation aucun mouvement du corps ne se produit. Le sourcil se contracte énergiquement, par exemple, et la face paraît courroucée, mais le reste du corps, par son immobilité indifférente, semble ne pas appartenir au même sujet. L'excitation est alors maintenue pendant quelques minutes — la persistance de l'action électrique est à ce moment nécessaire — et l'on voit peu à peu les poings se fermer, le corps se pencher légèrement en avant, le cou tendu, enfin la malade ébauche une attitude de colère qui, lors d'une seconde expérience, se reproduira plus facilement et avec des caractères encore plus expressifs. Il semble, dans ce cas, que l'impression partie des muscles contractés de la face mettre un certain temps pour marquer son empreinte sur le cerveau et réveiller l'activité des centres automatiques.

Il est des sujet chez lesquels ce mode de suggestion reste à un état rudimentaire qui, malgré la répétition des expériences, ne peut être dépassé. Il en est d'autres qui y sont complètement réfractaires. Dans un cas rudimentaire nous avons observé que les gestes qui accompagnaient les expressions variées de la physionomie pouvaient se réduire à deux types, suivant que les passions représentées avait le caractère gai ou triste. Dans le premier cas les mains étaient ouvertes, dans le second les poings étaient toujours fermés.

Chez un même sujet les gestes correspondant à une même expression de la physionomie varient peu. D'un sujet à un autre, en dehors du degré plus ou moins accusé du phénomène, il y a, entre le rendu des diverses expressions, des différences qui tiennent aux qualités d'expression par le geste et la physionomie variables suivant les individus.

L'intérêt capital des faits que nous venons de signaler n'est point dans ce qu'ils peuvent avoir de singulier ou d'imprévu. Il réside au contraire en ceci, qu'ils se rattachent très étroitement au fonctionnement normal du système nerveux, et leur principal mérite est de mettre en relief, par l'état d'isolement où ils se trouvent, des faits dont il n'est pas difficile de retrouver la trace à l'état normal. Les expériences d'hypnotisme dont il s'agit deviennent ainsi la plus belle démonstration

du fonctionnement automatique d'une partie de l'encéphale, fonctionnement déjà étudié par les psychologues et les physiologistes et auquel on a donné le nom d'automatisme cérébral ou de cérébration inconsciente.

Au sujet de l'influence que peuvent avoir sur l'activité psychique, les mouvements expressifs de la physionomie ou du corps tout entier, voici comment s'exprime Dugald Stewart :

« De même que toute émotion de l'âme produit un effet sensible sur le corps, de même, lorsque nous donnons à notre physionomie une expression forte, accompagnée de gestes analogues, nous ressentons à quelque degré l'émotion correspondante à l'expression artificielle imprimée à nos traits. M. Burke assure avoir souvent éprouvé que la passion de la colère s'allumait en lui à mesure qu'il contrefaisait les signes extérieurs de cette passion, et je ne doute pas que chez la plupart des individus la même expérience ne donne le même résultat. On dit, comme l'observe ensuite M. Burke, que lorsque Campanella, célèbre philosophe et grand physionomiste, désirait savoir ce qui se passait dans l'esprit d'une autre personne, il contrefaisait de son mieux son attitude et sa physionomie actuelles, en concentrant en même temps son attention sur ses propres émotions. En général, je crois qu'on trouvera que ces deux talents, celui du mime et celui du physionomiste ont entre eux une étroite relation[1]. »

§ 3. — SUGGESTIONS D'ACTES PAR LE SENS MUSCULAIRE

Jusqu'ici la suggestion par le sens musculaire s'est bornée à imprimer au corps un simple changement d'attitude. Mais les choses peuvent aller plus loin et le sens musculaire devient la source de mouvements automatiques parfaitement coordonnés qui exécutent l'action dont la position des membres est l'image. Par exemple, dans l'angle d'une pièce, la malade est placée un pied sur les barreaux d'une chaise, et les deux mains saisissant les plis d'un rideau comme dans l'acte de grimper ; à peine cette attitude est-elle communiquée que la malade en un clin d'œil a escaladé la chaise et qu'on a grand peine à la retenir et à lui faire lâcher le rideau auquel elle se tient suspendue. La première fois que cette expérience fut tentée chez notre malade B... nul ne savait au

1. *Éléments de la philosophie de l'esprit humain*, trad. par Peisse, t. III, p. 141. Cité par A. Maury, *le Sommeil et les rêves*.

juste quel résultat on pouvait attendre, et le mouvement se produisit avec tant de rapidité qu'il dépassa les prévisions de tous les assistants. La même expérience fut répétée avec succès chez plusieurs de nos malades, mais non chez toutes. L'une d'elles, Léonore Rob... n'en cède en rien à Bar... pour la vivacité et la précision du mouvement, mais l'impression persiste plus longtemps. Tandis que Bar... à peine redescendue à terre, redevient cataleptique comme auparavant, Léonore Bob... cherche à recommencer l'escalade, il faut lutter avec elle pour l'en empêcher, et ce n'est qu'au bout de quelques instants qu'elle redevient cataleptique. La malade est placée à terre « à quatre pattes » une main en avant de l'autre, aussitôt le mouvement suit et dans cette posture la malade marche avec rapidité, passe sous les tables... jusqu'à ce qu'on l'arrête et, une fois redressée, elle redevienne cataleptique. Léonore Rob... à peine relevée, se précipite à terre et recommence sa marche de quadrupède. Il faut la maintenir quelques instants pour que l'impression s'effacant, l'état cataleptique général reparaisse.

Si l'on place les membres de la malade dans l'attitude du début de l'attaque, c'est-à-dire les bras rapprochés du tronc, les poignets fléchis, le poing fermé et l'avant-bras en pronation forcée, ainsi qu'il est représenté sur la planche II, page 38, on voit, au bout de peu d'instants, les membres se raidir davantage, la tête tourner un peu de côté, la respiration précipitée s'arrêter tout d'un coup, et l'attaque hystéro-épileptique commence par la période épileptoïde, puis se déroulerait tout entière, si l'on ne prenait soin de l'arrêter par la compression de l'ovaire.

On peut rapprocher de ces phénomènes d'automatisme provoqués par une attitude communiquée, ceux qui consistent dans l'achèvement spontané d'un mouvement dont le début a été provoqué par l'observateur. Ainsi en rapprochant les deux mains de la malade comme pour les croiser, les doigts, à peine engagés, achèvent d'eux-mêmes le mouvement et se croisent complètement. En rapprochant du nez une des mains de la malade de façon que la base du nez se trouve saisie entre l'index et le pouce, la malade se mouche, etc... Tous ces faits sont de même ordre, et les expériences peuvent être variées de bien des façons.

ARTICLE II

Suggestions par le sens de la vue

L'œil du sujet cataleptique est fixe et semble ne rien voir. En effet, il ne quitte pas de lui-même le point imaginaire auquel il semble at-

taché. Mais si l'on vient à placer, dans l'axe du rayon visuel et à peu de distance des yeux, un objet que l'on fait légèrement osciller, on voit bientôt le regard se porter sur lui, s'y fixer au point d'en suivre tous les mouvements. Le reste du corps peut demeurer cataleptique, mais les yeux tournent en tous sens au gré de l'expérimentateur et, le plus souvent, la tête suit le mouvement. Lorsque le regard est dirigé en haut l'expression devient riante, et l'on y voit quelquefois les signes d'une hallucination gaie; lorsqu'au contraire le regard est maintenu en bas, l'expression est sombre, et l'on surprend parfois les indices d'une hallucination terrible. Sous l'influence de l'hallucination ainsi provoquée, l'état cataleptique peut cesser complètement, la malade marche et suit l'objet sur lequel son regard est fixé, elle prend des attitudes en rapport avec l'hallucination que peuvent lui suggérer et la direction dans laquelle se trouve l'objet et les différents mouvements qu'on lui a fait subir[1].

Mais lorsque l'objet fixé est soustrait rapidement aux regards de la malade, l'œil reprend aussitôt sa fixité première et l'état cataleptique général revient avec tous les caractères que nous avons indiqués.

Le geste de l'opérateur est servilement obéi par le sujet cataleptique. Sans opposer la moindre résistance, sur un signe du doigt, il se lève, s'assied, se couche à terre, se lève, marche, s'arrête, etc.

Lorsque l'attention du sujet cataleptiqne est attirée[2], il devient susceptible d'exécuter une série d'actes inconscients qui se produisent à la manière des réflexes, d'une façon en quelque sorte fatale, à la suite de l'excitation des différents sens.

La malade cataleptique, dont l'œil est en état de percevoir les mouvements de l'expérimentateur placé en face d'elle, les reproduit exactement. Il y a quelquefois, au commencement, un peu d'hésitation, mais il suffit de répéter le mouvement une ou deux fois, pour voir la malade, transformée en un véritable automate, reproduire avec précision tous les mouvements dont l'image vient impressionner sa rétine. La malade se comporte à la façon de l'image de l'observateur réfléchie dans une glace. Cette comparaison est d'autant plus vraie, qu'aux

1. En faisant, en quelque sorte, voltiger l'objet que l'on maintient en l'air, la malade a parfois l'hallucination d'un oiseau, qu'elle cherche à attraper. Au contraire en maintenant l'objet à terre et en imitant avec lui le mouvement de reptation, son imagination voit un serpent dont elle essaye de fuir les approches.

2. Je me sers d'un mot qui ne devrait pas figurer ici puisqu'il s'agit d'actes inconscients. Faute d'un mot propre qui n'existe pas, il rend assez bien ce qui se passe, étant admis qu'il ne s'applique qu'à une apparence.

mouvements des membres *gauches* de l'expérimentateur correspondent des mouvements semblables, mais exécutés par les membres *droits* de la malade. Par exemple si l'expérimentateur lève le bras droit, la malade lèvera le bras gauche, de même pour la jambe et si l'expérimentateur se penche à droite, la malade se penchera à gauche. En un mot, la malade est une véritable image de miroir, mais d'un miroir qui réfléchit le mouvement avec un retard fort appréciable, retard occasionné par le temps que met à parcourir l'action nerveuse, comme dans tout acte réflexe, le double chemin qui de la rétine impressionnée va d'abord au centre nerveux par la voie des nerfs de sensibilité, puis du centre nerveux aux organes du mouvement par la voie des nerfs moteurs. On peut faire exécuter ainsi à la malade les mouvements les plus variés non seulement des bras et des jambes, mais de la face et de tout le tronc, comme ouvrir et fermer la bouche, tirer la langue, frapper des mains, frapper des pieds, s'abaisser, s'accroupir, se relever, sauter, se déplacer même, marcher, etc...

Les mouvements qui sont accompagnés d'un bruit caractéristique n'ont pas besoin d'être vus pour être représentés, il suffit que le bruit soit entendu. Ainsi l'observateur placé derrière la malade frappe-t-il des mains, celle-ci frappe aussi des mains, frappe-t-il du pied, celle-ci frappe aussi du pied: de même pour le petit bruit fait avec les ongles, la malade cherche à le reproduire par un mouvement analogue des doigts. Mais ces mouvements ont alors moins de précision, ils ne sont pas exécutés par le membre correspondant ; à un saut complet la malade peut répondre en levant un seul pied, etc... [1]

Nous n'avons jamais pu la faire rire ou se moucher, en riant aux éclats derrière son dos ou en nous mouchant avec bruit. Les mouvements silencieux laissent la malade complètement impassible.

Aussitôt que la malade n'est plus en mouvement, elle retombe dans l'état cataleptique qui persiste jusqu'à ce qu'une nouvelle excitation sensorielle vienne l'en tirer.

1. Un fait rapporté par le professeur Bernheim (de Nancy) montre jusqu'où peut aller la finesse de l'ouïe du sujet pour saisir la nature des mouvements exécutés devant lui.

« Un de mes somnambules, dit-il, endormi en présence de mon collègue, M. Charpentier, imitait mes mouvements sans les voir, alors que je me plaçais derrière lui pour les faire. Je tournais les bras, au bout d'un certain temps il se mettait à les tourner aussi. Je remuais le pied d'une certaine façon, au bout d'un certain temps il se mettait à le remuer aussi, toutefois sans arriver à réaliser l'imitation parfaite du mouvement que je faisais. Y avait-il quelque influence fluidique ? Je me le demandais ; mais nous ne tardâmes pas à nous convaincre que notre somnambule entendait le mouvement de mes bras, celui de mes pieds et que l'idée du mouvement à imiter était transmise à son cerveau par le sens auditif, car si j'exécutais le mouvement sans bruit de manière à éviter tout frottement de mes vêtements sur moi pendant cette opération, il restait immobile et me laissait seul me mouvementer. » (*De la suggestion*, pag. 15.)

Le phénomène que nous venons d'étudier a été décrit pour la première fois par A. Despine père (de Marseille) sous le nom d'*imitation spéculaire*.

Les auteurs allemands, Heidenhain entr'autres, ont également observé des faits semblables chez des sujets hypnotisés, en dehors de l'état cataleptique. En effet ces phénomènes automatiques d'imitation se produisent également dans la phase de somnambulisme. Chez un même sujet qui présentait ces phases bien distinctes nous avons pu les provoquer aussi bien pendant la phase cataleptique que pendant la phase somnambulique. Nous avons constaté ainsi une légère différence entre ces mêmes phénomènes suivant qu'ils se produisent dans l'une ou dans l'autre période. Pendant la phase cataleptique l'automatisme est plus parfait et tout se passe d'une façon inéluctable sans que le sujet, complètement absorbé, puisse en être distrait d'aucune façon. Si vous lui parlez il ne répond pas. S'il voit vos lèvres, il se contente d'en imiter le mouvement. Le sujet somnambule, au contraire, sait très bien ce qu'il fait. Il imite comme entraîné par une volonté supérieure à laquelle parfois il cherche même à opposer quelque résistance. Mais l'oubli complet n'en existe pas moins au réveil comme pour ce qui s'est passé pendant l'état cataleptique.

ARTICLE III

Suggestions par le sens de l'ouïe

Ce que nous venons de dire au sujet du rôle que joue quelquefois le sens de l'ouïe dans l'imitation des mouvements est un premier exemple de la suggestion par l'ouïe.

Ici se place le curieux phénomène de la voix d'écho, observé depuis longtemps par les pathologistes et désigné sous le nom d'*écholalie*, mais qui, dans l'hypnotisme, revêt des caractères particuliers.

Nous dirons ensuite quelques mots de l'influence de la musique.

§ 1er — ÉCHOLALIE

Ce phénomène a été observé pour la première fois chez les hypnotiques par le professeur Berger (de Breslau). Il suffit de placer une main sur le front du sujet et l'autre sur la nuque, pour le transformer, suivant l'expression de l'auteur allemand, en véritable phonographe d'Edison. Toutes les paroles prononcées devant lui, sont alors reproduites avec une scrupuleuse exactitude; le grec, le latin, l'hébreu, etc., les

vers, la prose sont répétés machinalement par le sujet en expérience. Éloigne-t-on la main de la nuque, le phonographe devient moins parfait; le sujet ne fait plus entendre que des sons gutturaux, puis il devient complètement silencieux, et se contente de remuer les lèvres de la même façon que celui qui parle. Mais si l'on replace la main sur la nuque le phonographe aussitôt se rétablit.

Je citerai les exemples suivants :

24 janvier 1882. *Somnambulisme. Suppression de la parole. Écholalie.* — Barr... est hypnotisée par la fixation du regard, puis plongée en somnambulisme par la pression sur le vertex. Questionnée par l'opérateur, B... parle et répond avec assez d'assurance. La parole est coupée net si l'opérateur vient à toucher du doigt un point de la partie antérieure du crâne du côté droit, tandis que la même manœuvre répétée du côté gauche produit, en quelque sorte, un résultat inverse; au lieu d'être arrêtée la parole semble devenir plus facile. La même expérience est répétée en faisant compter la malade. Lorsque nous touchons la moitié antérieure du crâne, à droite, B... s'arrête net, elle va beaucoup plus vite au contraire et précipite ses chiffres si nous touchons le crâne à gauche.

Les phénomènes changent un peu si en même temps nous soutenons de notre autre main la région occipitale.

Alors l'attouchement de la moitié antérieure du crâne, à droite, détermine comme tout à l'heure l'arrêt et la suppression de la parole, mais l'attouchement à gauche a un tout autre effet. La malade ne répond plus aux questions qu'on lui adresse, mais elle les répète; elle répète ainsi tout ce qu'elle entend sans en comprendre la signification et en quelque langue que ce soit. C'est là le phénomène de la voix d'écho, ou écholalie, à un haut degré de développement.

Nous ferons une remarque au sujet de la répétition des phrases en langues étrangères. La malade les reproduit, en effet, avec assurance et avec une certaine précision; mais la prononciation est en somme défectueuse. La malade reproduit les sons étrangers avec les éléments de prononciation qu'elle possède. Elle parle les langues étrangères pour ainsi dire à la française. Et elle rend très imparfaitement les sons étrangers pour la prononciation desquels il faut une étude spéciale, tels que le *th* anglais ou le *ch* allemand.

Pour réveiller B... à la suite de cette expérience, il faut insister sur le souffle dirigé sur le visage, un peu plus longtemps que d'habitude.

Le réveil est pénible; B... se dit fatiguée. Au bout de peu d'instants cette fatigue avait disparu.

Chez un autre de nos sujets l'écholalie, pour se produire, exigeait une manœuvre un peu différente. Lorsque pendant l'état de somnambulisme on touchait de la main entière ou du doigt seulement un point du vertex, la parole était arrêtée net au milieu d'une phrase ou même d'un mot. Même en pressant la malade de questions, on ne pouvait plus obtenir une seule parole. Et quelques mouvements des lèvres infructueux, accompagnés d'un geste d'impuis-

sance, montraient clairement que la malade nous entendait mais se trouvait dans l'impuissance de prononcer un seul mot. La malade était aphasique.

Si nous lui parlions alors par l'intermédiaire d'un cornet acoustique appliqué contre son oreille, ce n'était plus une réponse que nous obtenions, mais la reproduction exacte de nos paroles. La malade était écholalique. Elle reproduisait ainsi, comme la malade précédente, toutes les paroles prononcées, quelle que soit la langue à laquelle elles appartinssent, mais avec les imperfections sur lesquelles nous avons déjà insisté. Elle reproduisait aussi toutes sortes de bruits, la toux, le rire, l'éternuement, etc... De plus elle conservait l'intonation; ce qui n'avait pas lieu chez notre première malade. C'est ainsi que le chant pouvait être reproduit.

L'expérience répétée à l'aide d'un diapason vibrant prenait alors un caractère particulièrement saisissant. Il suffisait d'appliquer contre le conduit auditif externe le manche d'un diapason mis en vibration pour que la malade reproduisît exactement le son émis par le diapason, avec son intonation exacte et son caractère vibrant.

En se servant de plusieurs diapasons de dimensions variables, on obtenait une intonation variable et toujours en rapport avec le diapason qui était appliqué contre l'oreille[1].

§ 2. — INFLUENCE DE LA MUSIQUE

Un coup de gong peut modifier l'attitude cataleptique. Et la musique impressionne profondément la malade au point de lui faire prendre toutes les attitudes en rapport avec les sentiments variés qu'elle exprime. Les changements se font avec une brusquerie étonnante. On voit un sujet entraîné par un air de danse, se précipiter tout d'un coup à genoux, les mains jointes, le regard au ciel, si l'orchestre, sans s'interrompre, entame un air d'église. Lorsque la musique cesse, la catalepsie revient aussitôt dans toute son intensité.

De semblables phénomènes peuvent s'observer dans la période de somnambulisme. Ils ont été signalés par Braid. « De simples servantes sans éducation, dit-il, sous l'influence de cet état nerveux (l'hypnotisme) se meuvent avec la grâce et le cachet particulier qui distinguent les danseuses de ballet les plus habiles... Personne ne peut voir des filles de basse condition subir l'influence de la musique pendant le sommeil nerveux sans reconnaître qu'à l'état de veille elles seraient incapables de se mouvoir avec l'élégance qui les caractérise pendant l'hypnotisme[1]. »

Cette persistance de l'ouïe permet à l'observateur d'impressionner le

1. Cette expérience a été reproduite par M. Charcot dans sa conférence clinique du 6 juin 1884.

2. M. Braid, *Neurypnologie*, trad. J. Simon, page 55.

sujet non seulement par des bruits variés mais encore par des paroles dont la signification peut être la source des phénomènes les plus variés : actions inconscientes, impulsions irrésistibles, modifications des sentiments, troubles des fonctions organiques, illusions, hallucinations, etc... Nous étudierons plus loin, sous le nom de *suggestions verbales*, tous ces faits de suggestion dans lesquels le sens de l'ouïe n'entre pas tant comme appareil de l'audition que comme appareil du langage.

ARTICLE IV

Suggestions par plusieurs sens à la fois. Actes automatiques plus compliqués

Dans les phénomènes d'automatisme que nous avons étudiés jusqu'ici, la suggestion n'est arrivée au cerveau de l'hypnotisée que par l'intermédiaire d'un seul sens : sens musculaire, vision, audition, et l'impression sensorielle s'est immédiatement réfléchie et transformée en mouvement sans aucune participation des fonctions intellectuelles. Mais il est une autre série d'actes automatiques plus compliqués qui naissent sous des impressions sensorielles multiples et qui exigent pour leur production la mise en œuvre de la mémoire et de l'imagination[1].

Si l'on attire les regards de la malade cataleptique sur un objet quelconque dont l'usage est connu d'elle, on la voit, presque aussitôt, sortir de son état cataleptique pour se livrer, en quelque sorte fatalement, à l'acte pour lequel l'objet est destiné. Chez les malades qui sont susceptibles de ce mode d'automatisme (car elles ne le sont pas toutes) l'expérience a été variée de mille manières et a toujours donné les mêmes

1. Tous ces faits d'automatisme par suggestion peuvent aider à étudier le mécanisme de la contagion des maladies nerveuses (tics nerveux, chorée, attaque hystérique, etc.).

Bouchut voit dans la contagion nerveuse l'action d'un miasme spécial. P. Despine l'explique par la propriété qu'ont les organes nerveux de faire *vibrer à l'unisson* soit au contact, soit à distance, les mêmes organes nerveux chez d'autres personnes, de manière à produire chez celles-ci des phénomènes semblables à ceux qui servent de point de départ.

Il me semble que l'automatisme cérébral si vivement mis en lumière dans nos expériences entre comme facteur important dans la propagation à distance des accidents nerveux. Mais ce n'est-là qu'un élément de la question. M. J. Rambosson, dans un livre fort intéressant, l'a étudiée dans son ensemble. Il rattache la contagion des phénomènes nerveux intellectuels et moraux à une même loi, *Loi de transmission et de transformation du mouvement*. Il établit que : 1° La cause de cette contagion se trouve dans la transmission du mouvement cérébral auquel ces phénomènes se rattachent.

2° Cette transmission s'opère d'un cerveau à un autre par l'intermédiaire du milieu ambiant, sans que les transformations successives que subit ce mouvement le dénaturent.

3° Et dès lors il reproduit, ou tend à reproduire chez les personnes qu'il atteint les mêmes phénomènes nerveux que chez la personne où il a pris naissance : Arrivé au cerveau auquel il se communique, ce mouvement ne s'y éteint donc pas, mais il se transmet aux nerfs, aux muscles, etc., et vient s'épanouir à l'extérieur en reproduisant le phénomène contagieux.

résultats. On met successivement entre les mains de la malade un chapeau, elle le tourne, le retourne et le place bientôt sur sa tête ; un pardessus, aussitôt elle s'en revêt et le boutonne avec soin ; un verre, elle boit ; un balai, aussitôt elle balaye ; des pincettes, aussitôt elle s'approche du feu, retire les bûches du foyer, les y remet, etc. ; un parapluie, elle l'ouvre et paraît sentir l'orage, car elle frissonne, etc...

Vient-on brusquement à retirer l'objet des mains de la malade, elle redevient aussitôt cataleptique. Si au contraire on abandonne la malade à elle-même, le mouvement se prolonge jusqu'à ce qu'au bout de quelques instants, il se ralentisse de lui-même, et finisse par s'arrêter complètement. La malade est alors spontanément redevenue cataleptique ; l'objet lui tombe des mains.

Voici le récit de quelques expériences :

On place sur une table un pot à eau, une cuvette et du savon, aussitôt que son regard est attiré sur ces objets ou que sa main touche l'un d'eux, la malade avec une spontanéité apparente verse l'eau dans la cuvette, prend le savon et se lave les mains, elle le fait avec un soin minutieux. Pendant qu'elle tourne ainsi le savon entre ses mains, si l'on vient à abaisser la paupière d'un seul œil, de l'œil droit, par exemple, tout le côté droit du corps devient léthargique, la main droite s'arrête aussitôt, mais chose singulière la main gauche seule n'en continue pas moins le mouvement. En soulevant de nouveau la paupière les deux mains reprennent aussitôt leur action de la même façon qu'auparavant. La même chose se produit aussi bien du côté gauche. Si l'on abandonne la malade à elle-même le mouvement se prolonge, puis enfin elle redevient cataleptique, les mains dans l'eau. Mais si l'on vient à lui présenter un essuie-mains, de suite elle le saisit, et s'essuie les mains avec la même persistance qu'elle mettait tout à l'heure à se les laver. Ses mouvements sont fort précis et ne diffèrent en aucune façon de ceux pour lesquels la malade à l'état de veille déploie toute son intelligence. Ils semblent même plus parfaits et mieux adaptés au but. La distraction ne vient point les gêner ou les interrompre. L'occlusion d'un œil produit toujours le même effet qui est d'immobiliser le côté correspondant du corps, pendant que l'autre côté continue l'action qui n'est complètement interrompue que par l'occlusion des deux yeux. La malade est alors rendue complètement léthargique.

On met entre les mains de la malade, toujours pendant l'état cataleptique, du tabac et du papier à cigarette. Aussitôt elle se met en devoir de faire une cigarette, elle s'y prend fort maladroitement, et avec beaucoup de peine elle arrive à faire une espèce de petit paquet qui laisse passer le tabac par les deux bouts. Alors on lui présente une boîte d'allumettes, elle l'ouvre, en prend une, l'allume en frottant sur la boite, mais elle se brûlerait, si l'on n'avait soin aussitôt de l'éteindre, car ses doigts sont tout proches de l'extrémité qui flambe et elle ne les retire pas. Elle est dans cet état complètement anesthésique. Enfin nous lui mettons dans la main une allumette que nous venons d'allumer nous-même, elle allume alors sa cigarette, et se met en devoir de la fumer,

mais d'une façon automatique, l'ôtant de ses lèvres et l'y remettant, rejettant la fumée à intervalles presque égaux, à la manière des gens qui ne savent pas. Cette expérience montre que, dans cet état d'automatisme, la malade vit bien sur son propre fonds. Elle use des ressources que lui ont acquis l'expérience et l'habitude, mais elle n'apprend rien de ce qu'elle ne sait pas.

Au lieu de tabac, nous mettons entre les mains de la malade la petite boîte qui renferme son travail au crochet, aussitôt elle ouvre la boîte, prend son ouvrage et travaille avec une adresse remarquable, débrouillant les fils, comptant les points, etc. Si une main étrangère défait les derniers points en tirant sur le fil, elle les refait toujours de la même façon, à la manière d'une machine et sans manifester le moindre signe de mécontentement. Fait singulier, si l'on vient à fermer un de ses yeux, la main correspondante s'arrête, le bras retombe inerte, les muscles sont en état d'hyperexcitabilité musculaire, mais l'autre main cherche à continuer seule une œuvre désormais impossible; l'automate ne s'arrête pas, le rouage continue à marcher d'un seul côté, mais il modifie son mouvement dans le but de le rendre réellement efficace. La malade n'a selon toute vraisemblance conscience de rien; son *moi* est absent. Cependant dans les mouvements qu'exécute une seule main pendant que l'autre est immobilisée, il semble y avoir une part d'intelligence. Cette main qui à elle seule ne peut venir à bout de faire le point pour lequel les deux mains sont nécessaires, semble chercher, en prenant appui sur les genoux ou sur la poitrine, à suppléer au défaut de la main qui manque et modifie ainsi sa manœuvre habituelle pour arriver au but cherché. D'ailleurs la malade n'oppose aucune résistance à celui qui lui enlève son ouvrage des mains, et elle redevient aussitôt cataleptique.

Lorsque l'action est limitée, le sujet, après l'avoir accomplie, s'arrête et retombe dans la catalepsie ou bien recommence indéfiniment, détruisant ce qu'il vient de faire pour le refaire encore. On met entre les mains de Bar... une sorte de sandale, qui sert aux expériences graphiques, et munie de nombreuses courroies. Aussitôt B... se baisse, ôte son soulier, place son pied avec soin sur la semelle de la sandale et en attache toutes les courroies sans aucune hésitation, les saisissant dans l'ordre l'une après l'autre. L'extrémité des courroies est passée minutieusement dans les boucles, et elle ne laisse pas de les serrer fortement. A peine sa chaussure est-elle complètement attachée que, reprenant son travail à rebours, elle détache une à une les courroies en commençant par la dernière qu'elle vient de boucler. Puis une fois le pied libre, sans prendre même un instant de répit, elle recommence à l'emprisonner de nouveau dans les courroies, répète absolument les mêmes mouvements qu'elle a faits la première fois. Nous la laissons ainsi refaire et défaire son œuvre jusqu'à six fois, et toujours ses mouvements se sont succédé avec la même précision et la même mesure. Si nous essayons d'interrompre son ouvrage en retenant une des courroies, elle n'insiste pas, et passe immédiatement à la courroie suivante. Si au fur et à mesure qu'elle les attache, nous les détachons aussitôt, à peine a-t-elle terminé son ouvrage qu'elle le trouve détruit. Elle n'a donc plus à le défaire elle-même. Pas la moindre hésitation ne se traduit dans ses mouvements, elle saisit la première courroie et recommence son œuvre.

En abaissant avec le doigt une de ses paupières supérieures et en maintenant l'œil fermé, le bras correspondant s'arrête (il est dans la résolution et

ses muscles sont hyperexcitables); mais l'autre main poursuit le travail et bien qu'avec plus de peine, arrive au même résultat. Le phénomène se produit également pour le côté droit et pour le côté gauche.

Si l'on interpose une feuille de carton entre ses mains qui travaillent et ses yeux, elle demeure impassible, et n'interrompt pas son action qui se poursuit avec la même monotonie, mais plus hésitante et avec moins de précision.

Une expérience du même genre que la précédente consiste à mettre dans les mains de B... une bande de toile roulée. Elle la saisit de la main gauche et exécute autour de la main et du bras droit un bandage assez correct. Elle a eu soin de relever sa manche droite. Le bandage fini, elle l'arrête en enfonçant l'extrémité de la bande sous les derniers tours de spire. Mais à peine le tout est-il ainsi bien terminé, qu'elle se met en devoir de défaire son ouvrage, elle déroule la bande et dégage successivement le bras, puis la main. Puis elle saisit la bande par l'extrémité et la roule minutieusement, la remettant ainsi dans l'état où elle était lorsque nous la lui avons donnée. Ceci fait, elle commence de nouveau l'application de son bandage de la même façon qu'elle l'a exécutée une première fois. Si pendant que, de la main gauche, elle tourne la bande autour de son bras droit, on vient à fermer son œil gauche, le bras gauche est immobilisé et garde la bande dans la main, mais le bras droit persiste à se mouvoir et par des mouvements de circumduction cherche à enrouler la bande autour de lui. Si c'est l'œil droit qui est maintenu fermé, le bras droit, rendu complètement immobile, reste collé au tronc et entrave par son inertie l'action du bras gauche qui continue son œuvre.

On place entre les mains de B... un livre ouvert en attirant son regard sur l'une des lignes. Aussitôt elle lit à l'endroit indiqué et ne s'arrête qu'à la fin de la page. Pendant la lecture, l'état cataleptique a cessé, car si l'on cherche à soulever un de ses bras qui soutiennent le livre, elle résiste, ou si l'on réussit à le déplacer, il reprend sa position aussitôt qu'on l'abandonne. Mais la page terminée, elle redevient cataleptique. Les expériences d'hémiléthargie dans cette circonstance s'accordent parfaitement avec l'opinion qui place dans le cerveau gauche le siège de la parole. Au milieu de sa lecture l'occlusion de l'œil droit (et par l'entrecroisement des nerfs optiques c'est le cerveau gauche qui est impressionné) l'arrête court au milieu d'un mot, au milieu d'une phrase. Elle reprend aussitôt que l'œil droit est ouvert de nouveau achevant le mot ou la phrase interrompus. L'expérience répétée un grand nombre de fois a toujours donné le même résultat. Si au contraire, c'est l'œil gauche qui est fermé, B... continue sa lecture. Il est vrai qu'elle est devenue plus difficile, elle hésite, approche le livre de son œil, s'arrête en disant : « Je ne vois plus. » Ceci s'explique parce qu'elle est amblyopique et achromatopsique de l'œil droit, et que cet état persiste pendant la catalepsie comme nous en fournirons d'autres preuves plus loin. Pour le moment, malgré l'imperfection de la vision de l'œil droit, les tentatives que fait B... pour lire pendant que l'œil gauche est fermé, l'exclamation qu'elle laisse échapper, suffisent pour prouver que l'occlusion de l'œil gauche qui agit sur le cerveau droit n'entrave en aucune façon la parole, pendant que l'occlusion de l'œil droit qui agit sur le cerveau gauche l'arrête instantanément.

Nous avons vu dans quelques expériences précédentes que la malade n'opposait aucune résistance aux obstacles variés que l'on pouvait lui susciter, que loin de chercher à les vaincre elle s'arrêtait court, mais aussi qu'elle conti-

nuait son œuvre avec persistance, tant que celle-ci était encore possible, et qu'elle ne s'arrêtait complètement que devant une impossibilité absolue. Le même phénomène de la poursuite fatale et inconsciente d'une action, pendant cet état d'automatisme, peut être constaté ici et s'est présenté à nous d'une façon tout à fait inattendue. Nous présentons à Bar... le livre toujours ouvert, mais renversé, pensant qu'elle arrêtera sa lecture ou tout au moins retournera le livre pour replacer les caractères dans leur vrai sens. Mais rien de ce que nous attendions n'arrive. Bar... n'est pas plus en état de retourner le livre, qu'elle peut écarter une feuille de papier qui lui cache quelques lignes (dans ce dernier cas elle saute sans s'arrêter les lignes ou les mots qui sont cachés, et la lecture continue); ici les caractères sont sous ses yeux, et leur renversement constitue un obstacle qu'elle ne cherche pas à surmonter, quelque facile que cela puisse être en retournant le livre; mais la lecture est encore possible, et elle lit à l'envers presque couramment. Elle ne s'arrête qu'aux mots difficiles et qu'elle ne connaît pas. D'ailleurs sa lecture est complètement inintelligente. Cette expérience est d'autant plus curieuse que Bar... est illettrée.

En plaçant entre les mains de B... un porte-plume, elle s'assied à la table où nous avons préparé une feuille de papier et elle se met à écrire. Elle écrit son nom correctement, puis s'arrête, elle est redevenue cataleptique.

Nous lui mettons entre les mains une des grandes épingles qui servent habituellement à l'exploration de la sensibilité. Aussitôt qu'elle l'a reconnue, qu'elle la saisisse de la main droite ou de la main gauche, elle s'en perfore la main du côté opposé avec une brutalité telle, que nous sommes obligés d'intervenir et de la lui ôter.

On lui donne le petit marteau qui sert à la percussion des tendons dans la recherche des réflexes tendineux, et, d'un mouvement automatique, elle s'en frappe le poignet.

Dans ces cas le souvenir joue un grand rôle et dirige complètement l'automatisme. Elle se sert de ces instruments comme elle a vu s'en servir, mais elle le fait maladroitement parce qu'elle n'en a point l'habitude.

ARTICLE V

Suggestions verbales

Nous avons réuni sous ce titre toutes les suggestions dont l'origine se trouve dans la signification des paroles prononcées par l'opérateur et qui exigent la participation, chez l'opéré, de l'appareil intellectuel du langage.

Ces suggestions sont des plus variées.

Elles donnent naissance aux phénomènes les plus divers et parfois les plus opposés :

Actes automatiques, impulsions irrésistibles, impuissance motrice, idées fixes, illusions et hallucinations, etc...

§ 1er — ILLUSIONS ET HALLUCINATIONS

A. — Hallucinations provoquées pendant l'état cataleptique

Pendant l'état cataleptique, la persistance de l'ouïe permet à l'observateur non seulement d'impressionner le sujet par des bruits variés, mais encore, de faire naître par des paroles appropriées, les hallucinations les plus diverses.

Ces hallucinations provoquées donnent lieu à de véritables scènes mimées et parlées, qui ressemblent beaucoup à ce qui se passe pendant la troisième période de la grande attaque, avec cette différence toutefois que, pendant l'attaque, la malade est complètement insensible à toute excitation venue du dehors, et que l'hallucination survenue spontanément suit une marche fatale qu'il n'est pas en notre pouvoir de modifier; tandis que dans les expériences dont il s'agit, si l'insensibilité aux piqûres est également complète, les sens ne sont pas totalement abolis, et l'hallucination provoquée est sous la dépendance de l'observateur qui la dirige à son gré. Une fois dans cet état hallucinatoire, le sujet ne répond aux questions qu'on lui adresse que si elles ont quelque relation avec son hallucination. Il est, en quelque sorte, spécialisé dans un cercle restreint d'idées dont son hallucination forme comme le centre, et il demeure complètement inaccessible à toute suggestion qui ne s'y rattache pas plus ou moins directement.

Mais en entrant dans l'ordre d'idées qui le dominent actuellement, l'observateur devient maître absolu de son imagination, qu'il conduit où bon lui semble et jusque dans le domaine de l'invraisemblable et de l'absurde. D'ailleurs l'observateur conserve toujours le pouvoir de faire, quand il le veut, disparaître toute hallucination. Du moment où se produit l'hallucination, l'état cataleptique cesse et la malade peut exécuter tous les mouvements en rapport avec son hallucination; mais aussitôt que l'hallucination disparaît, soit spontanément, soit chassée par la parole de l'observateur, l'état cataleptique revient immobilisant le sujet dans l'attitude qu'il avait au moment où l'image a disparu de son esprit.

Pendant que B..., est en état cataleptique, on attire son regard et, le dirigeant à terre, on lui dit qu'elle est dans un jardin rempli de fleurs. Aussitôt l'état cataleptique cesse, elle fait un geste de surprise, sa physionomie s'anime : « Qu'elles sont belles ! » dit-elle, et, se baissant, elle cueille les fleurs, en fait un bouquet, en attache à son corsage, etc...

Pendant qu'elle se livre à sa cueillette imaginaire, on lui fait remarquer qu'une grosse limace se trouve sur la fleur qu'elle tient à la main. Elle regarde... L'admiration fait aussitôt place au dégoût, elle rejette la fleur et s'essuie avec persistance la main à son tablier.

L'hallucination peut indifféremment intéresser tous les sens, soit simultanément, soit séparément. Nous reviendrons plus loin avec détails sur les hallucinations limitées à un seul sens. Dans la généralité des cas, à moins de suggestion contraire, l'hallucination intéresse les différents sens à la fois.

Lorsque après avoir provoqué une hallucination, on abandonne la malade à ses propres ressources, celle-ci, suivant la richesse de son imagination y reste confinée, ou lui fait subir des développements plus ou moins étendus. Par l'association des idées, le cercle dans lequel se meut l'activité cérébrale, une fois mise en jeu par la suggestion étrangère, peut s'élargir spontanément et sans nouvelle intervention de la part de l'observateur.

Si l'on montre un blessé à Bar... on la voit prendre un air de commisération, se baisser, s'agenouiller, et faire le geste de rouler une bande autour d'un membre malade.

La vue d'une troupe de petits enfants lui inspire les sentiments les plus tendres, elle se mêle en quelque sorte à leurs jeux, les prend tour à tour dans ses bras et les embrasse; elle les décrit avec des cheveux blonds ou noirs et des yeux bleus. Elle les trouve tous fort gentils. Une autre de nos malades, au contraire, lorsqu'on lui suggère cette hallucination, prend un air de mécontentement, éloigne les enfants de la main, en disant que leur jeux l'agacent, et que le bruit qu'ils font lui cassent les oreilles.

On dit à Bar..., que M. Charcot est près d'elle. Elle le voit, en effet, s'avance vers l'hallucination, et après lui avoir souhaité le bonjour, comme elle fait d'habitude, lui tient des discours en rapport avec la préoccupation habituelle de son esprit. Elle réclame sa sortie. Depuis quelque temps c'est la demande qu'elle ne cesse d'adresser à M. Charcot.

Il suffit de dire à Bar... « Écoute la musique » pour qu'aussitôt le concert imaginaire se fasse entendre. Bar..., paraît fort satisfaite, elle est attentive, bat la mesure de la tête et de la main. Le souvenir lui apporte la matière de l'hallucination; un jour c'est « Mignon », une autre fois « la Favorite ».

La vue de serpents ou du diable provoque toujours le plus vif effroi. La malade se sauve poussant des cris de terreur, et cherche à se débarrasser d'étreintes imaginaires. Elle lance parfois des injures et des malédictions.

Au contraire, si l'on montre à la malade le paradis entr'ouvert sur sa tête, la sainte vierge, les anges et les saints... alors son admiration, ne connaît pas de bornes, sa physionomie rayonne, elle joint les mains, se jette à genoux et toute son attitude rappelle celle des extatiques. Elle laisse échapper des exclamations de joie et d'admiration, et murmure des prières. En la questionnant sur ce qu'elle voit, on peut lui faire décrire sa vision en détail, les vêtements des personnages célestes, etc., Naturellement chaque malade se crée son paradis en rapport avec son degré d'instruction et la richesse de son imagination. D'ailleurs on peut le lui faire voir tel que l'observateur le désire; elle suit avec beaucoup d'intérêt la description qu'on lui en donne, et transforme immédiatement en une série d'images le simple récit qu'on lui fait; son aveugle crédulité ne s'arrête point devant les invraisemblances [1].

D'ordinaire l'hallucination provoquée disparaît avec la même facilité et par le même procédé qu'elle a été suggérée. Il suffit de dire à la malade, que tout a disparu, qu'il n'y a plus rien, ou quelque chose d'analogue, pour qu'aussitôt toute expression disparaisse de la physionomie et pour que le corps reprenant son attitude immobile présente de nouveau tous les caractères de la catalepsie. C'est ainsi, qu'au gré de l'expérimentateur, on voit se succéder et se remplacer tour à tour l'hallucination avec l'attitude ou le mouvement qui la traduit, et l'état cataleptique avec absence complète d'impression psychique.

Un point important à signaler ici, c'est que la personnalité de l'observateur n'est absolument pour rien dans la naissance ou la disparition de

1. Ces scènes ainsi provoquées sous l'empire d'une hallucination varient, comme je l'ai déjà dit, d'une malade à l'autre et suivent, dans leurs développements, la richesse d'imagination dont est doué le sujet. Ainsi Suzanne N..., dans ces circonstances, est beaucoup plus variée que Bar..., et y met davantage de son propre fonds. Une première hallucination suggérée est l'occasion d'une longue scène qui, sans s'écarter, en quelque sorte, du thème imposé, se déroule en une série de développements qui n'ont d'autre source que l'imagination du sujet lui-même.

Nous avons déjà vu, d'ailleurs, que, dans la troisième période de l'attaque hystéro-épileptique de cette malade, les sujets de pure imagination avait une large part.

C'est ainsi qu'en la faisant assister au cortège d'une reine, elle le décrit avec détails, y met de la musique, des soldats, etc., et signale même des incidents plus ou moins singuliers, un soldat lui fait la grimace, etc...

La scène de la vision du paradis est vraiment remarquable par la mimique expressive à laquelle elle se livre et les descriptions qu'elle fait.

Léonore R... traduit les hallucinations qu'on lui suggère par une série d'attitudes longtemps soutenues et saisissantes par l'énergie avec laquelle elles expriment son sentiment. Mais elle parle fort peu. La ressemblance avec les attitudes passionnelles de la grande attaque est frappante. Devant les anges, elle joint les mains, se met à genoux et, le visage radieux, demeure dans une muette contemplation.

Devant le diable, elle se redresse tout à coup, la rage au visage, dans une pose superbe de colère et de défi. Puis au bout de quelques instants, elle pousse un cri perçant et se sauve à l'autre extrémité de la chambre. Chez cette malade, il faut insister plus que d'habitude pour chasser l'hallucination, et l'on a quelque peine à rompre le charme.

ces singuliers phénomènes. La malade absolument passive est impressionnée de la même façon par la parole de qui que ce soit. Née à la voix d'un observateur, l'hallucination peut continuer et se modifier sous l'influence d'un autre, elle peut disparaître au commandement d'un troisième. L'influence spéciale d'un seul individu dont il existe des exemples et que nous avons nous-même rencontrée sous une certaine forme dans l'état de somnambulisme (voy. pag. 663), n'existe pas ici.

Abandonnée à elle-même, l'hallucination provoquée finit par s'effacer par degrés et disparaît spontanément laissant toujours la malade en état cataleptique.

Pendant que la malade dominée par une hallucination se livre à une mimique pleine d'expression, l'occlusion d'un de ses yeux immobilise le côté correspondant du corps, dont les muscles deviennent hyperexcitables (la malade est hémiléthargique de ce côté); mais l'hallucination persiste au même degré, et les mouvements en rapport avec elle ne se passent plus que d'un seul côté, du côté qui correspond à l'œil demeuré ouvert. Si c'est l'œil gauche qui est fermé, la malade n'interrompt pas son discours et répond aux questions qu'on lui adresse, mais si c'est l'œil droit, la parole est supprimée à l'instant même[1].

Au point de vue du réveil provoqué, pendant l'état cataleptique, et pendant cet autre état nerveux que l'on peut appeler état hallucinatoire, une différence existe. Dans l'état cataleptique simple, un souffle léger sur le visage suffit pour faire complètement revenir à elle la malade et ramener la connaissance; quand il y a hallucination le souffle sur le visage demeure parfois complètement inefficace, il faut avoir recours a des moyens plus puissants pour réveiller la malade, à la compression ovarienne par exemple.

B. — Hallucinations provoquées pendant la phase somnambulique

Les hallucinations que nous venons de décrire ont été observées pendant l'état cataleptique de l'hypnotisme. Elles offrent ceci de particulier qu'elles alternent avec l'état cataleptique des membres. Sous leur influence, l'état cataleptique cesse immédiatement laissant à la malade toute la liberté de ses mouvements, mais aussitôt que l'hallucination est dissipée, l'état cataleptique reparaît immobilisant le sujet dans sa dernière attitude.

1. En poussant l'analyse un peu plus loin, on constate que les hallucinations colorées ne sont possibles que pour l'œil qui n'est pas achromatopsique. Bar..., à l'état de veille, est achromatopsique de l'œil droit.

Mais les illusions et hallucinations provoquées existent également dans la période somnambulique et, à dire vrai, la part faite des variétés individuelles, elles ne diffèrent guère en elles-mêmes dans l'un et dans l'autre cas.

Il est des malades, en effet, qui n'ont des hallucinations que pendant l'état cataleptique, d'autres, au contraire, pendant l'état de somnambulisme seulement. Enfin, plus rarement, les hallucinations chez certains sujets peuvent être obtenues indifféremment dans l'un ou dans l'autre état.

Si, poussant plus loin l'analyse nous recherchons quel cachet particulier imprime aux hallucinations la phase de l'hypnotisme pendant laquelle elles se produisent, nous relèverons les caractères suivants :

Pendant l'état de somnambulisme les hallucinations sont en quelque sorte moins fatales, la malade raisonne son hallucination tout en y apportant, il est vrai, la plus entière croyance. Tandis que pendant l'état cataleptique la malade est absorbée dans son hallucination au point de demeurer insensible à toute idée suggérée qui, à un degré quelconque, ne se rapporte pas au sujet de l'hallucination, pendant le somnambulisme la malade tout en conservant son hallucination est susceptible, en général, de recevoir d'autres impressions et de répondre à des questions complètement étrangères au sujet qui l'occupe.

Enfin le caractère clinique le plus saillant consiste dans l'espèce de balancement qui, pendant la phase cataleptique, se produit entre l'hallucination et l'immobilité cataleptique des membres, tandis que dans la phase somnambulique l'hallucination qui disparaît n'occasionne rien de semblable, et laisse le sujet parfaitement libre de ses mouvements.

Je rapporterai ici, à titre d'exemples de troubles hallucinatoires provoqués pendant la phase somnambulique, les deux observations suivantes. Elles serviront également à montrer l'état des sens pendant le somnambulisme.

Suzanne N... — Dans l'état de *léthargie avec hyperexcitabilité neuro-musculaire*, les sens, à l'exception de la vue (les paupières sont fermées) et du goût, sont conservés du côté non hémianesthésique à l'état de veille.

L'anesthésie à la piqûre est complète. La malade répond aux questions qu'on lui adresse et peut rendre compte de ses sensations. On constate ainsi que le *tact* est conservé à droite et aboli à gauche. De la main droite elle reconnaît parfaitement un flacon par le toucher seul[1]; ce qui est impossible

1. On a pris soin de placer un écran entre sa main et sa figure, bien que ses yeux soient fermés.

de la main gauche. De même, l'ouïe est conservée à droite, elle entend et reconnaît parfaitement de ce côté le tic-tac d'une montre. De l'oreille gauche elle n'entend rien. Le goût et l'odorat explorés avec la poudre de coloquinte et l'éther ne donnent lieu à aucune sensation.

Il n'est pas possible dans cet état de provoquer ni illusions ni hallucinations d'aucune sorte.

Mais les choses changent, si l'on vient en exerçant une courte friction sur le sommet de la tête, *à faire apparaître le somnambulisme*. A ce moment la malade éprouve un tressaillement général, quelquefois il y a quelques mouvements de déglutition et sous des apparences qui paraissent semblables, est survenu un nouvel état nerveux qui, par ses caractères, diffère beaucoup du précédent.

L'hyperexcitabilité musculaire par l'excitation mécanique profonde n'existe plus. L'anesthésie totale à la douleur persiste. Les sens sont dans le même état que dans la léthargie avec hyperexcitabilité. La vue (les yeux sont toujours fermés), le goût et l'odorat totalement abolis, le tact et l'ouïe persistent du côté droit.

Mais tandis que tout à l'heure, la malade rectifiait toute idée ou sensation fausse que nous cherchions à lui imposer, maintenant les illusions et les hallucinations de toutes sortes sont possibles, à l'exception toutefois de celles de la vue. La malade les subit fatalement.

a). Elle reconnaît par le tact la forme d'un objet, et déclare sans se tromper que c'est une boîte, un flacon, etc. Cependant si, en lui mettant le flacon entre les mains, on lui affirme que c'est un couteau, elle en convient de suite, paraît reconnaître l'instrument au toucher, a peur de se couper, essaye de le fermer, etc. En lui disant que c'est une râpe, l'illusion nouvelle est aussitôt acceptée. Elle passe la main dessus et déclare en sentir les aspérités.

b). Elle reconnaît l'odeur de l'éther, mais il suffit de lui dire que c'est du musc pour qu'elle trouve que « ça sent en effet très fort » et, comme elle aime beaucoup l'odeur du musc, qu'elle veuille en répandre sur ses habits.

c). En faisant résonner doucement le tam-tam à ses oreilles, elle reconnaît comme un son de cloches. Ce bruit se transforme, à la volonté de l'observateur, en un concert qui exécute les airs les plus variés. Lorsqu'on lui dit que ce sont les roulements de tambours d'un régiment qui passe, elle affirme en outre entendre le piétinement des chevaux. Mais elle a beau faire effort pour distinguer les soldats dont elle entend le bruit, elle ne peut rien voir.

d). La poudre de coloquinte n'a pour elle, dans cet état, qu'un goût désagréable de terre, qui ne lui paraît pas très mauvais. Un mot suffit pour qu'elle y trouve le goût de la confiture de groseille.

e). Mais elle affirme ne voir absolument rien, et les illusions de la vue ne sont pas possibles.

De même que les illusions dont je viens de parler, les hallucinations de tous les sens, à l'exception toujours de celui de la vue, sont facilement provoquées.

Tour à tour, à la voix de l'observateur, elle reçoit des coups imaginaires, sent l'impression d'un vent froid qui n'existe pas, trouve qu'on la chatouille

lorsque personne ne la touche, — elle entend la musique au milieu du plus profond silence — elle respire l'odeur de l'encens, que rien autour d'elle ne peut lui rappeler — elle a dans la bouche un fort goût d'absinthe, qui lui brûle même la gorge, quand elle n'a absolument rien pris.

Toutes ces illusions et hallucinations apparaissent ou disparaissent au gré de l'observateur, sans changer en rien l'état de la sensibilité ou de la motilité.

Pendant tout ce temps les yeux de la malade demeurent clos. Si l'on vient à soulever ses paupières, les mêmes hallucinations peuvent être provoquées et de plus celles de la vue que tout à l'heure il était absolument impossible de susciter, mais Suzanne est alors dans l'état de suggestion dont nous avons parlé dans les expériences précédentes, car, l'hallucination une fois partie, elle retombe aussitôt dans l'état cataleptique, et les phénomènes d'automatisme dont il a été question se développent facilement.

Je ferai remarquer que, chez cette malade, les hallucinations intéressent aussi bien les sens qui sont anesthésiques qui ceux qui ont conservé leur sensibilité. Ainsi malgré la perte absolue de l'odorat on peut lui suggérer toutes les odeurs possibles. Et, bien que le sens du goût soit complètement anéanti, elle prend part à un repas imaginaire dont elle apprécie parfaitement les mets et les desserts variés. L'ouïe est conservée à droite seulement, et elle entend un bruit imaginaire aussi bien d'une oreille que de l'autre. Voici un autre exemple.

Gl... pendant l'état de léthargie provoquée par la fixité du regard présente tous les signes de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire. La sensibilité à la piqûre est abolie aussi bien à la peau qu'aux muqueuses. Mais l'état des sens reste à peu près le même qu'à l'état de veille. (Gl. est hémianesthésique droite). Elle rend parfaitement compte de ses sensations et l'hallucination provoquée n'est pas possible. Elle accomplit cependant certains actes, elle écrit, travaille.

Par la friction sur le sommet de la tête, *on fait disparaître l'hyperexcitabilité musculaire*, et le nouvel état nerveux, ainsi produit, se révèle par de nouveaux signes. L'état des sens demeure le même que précédemment et la malade rend aussi bien compte de ses sensations, mais elle n'est plus à même de se défendre des fausses perceptions qu'on lui suggère, et elle accepte toutes les hallucinations aussi bien celles de la vue que des autres sens. Les yeux sont toujours fermés au moins en apparence. (Nous avons vu que dans cet état, chez Suz..., les hallucinations de la vue n'étaient pas possibles.)

On provoque ainsi chez Gl... les hallucinations les plus variées.

Elle mord à belles dents dans une pelote qu'on lui dit être un gâteau.

Elle boit du rhum qui n'est que de l'eau pure.

Elle entend la musique militaire et voit le régiment qui passe.

Elle monte sur la tour Saint-Jacques, a le vertige.

Elle voit toutes sortes d'animaux, des chats, des chevaux, des éléphants; le tout, au gré de l'expérimentateur.

A son réveil, elle a un vague souvenir de tout ce qu'on lui a fait voir. C'est comme un rêve qu'un trop brusque réveil aurait effacé.

Pendant cet état hallucinatoire si l'on soulève les paupières de la malade, l'hallucination continue; mais, contrairement à ce qui se passe chez Suz..., au lieu d'être remplacée bientôt par l'état cataleptique, l'hallucination au bout de peu d'instants est suivie du réveil spontané. Je dois ajouter que Gl... contrairement à Suzanne présente un état cataleptique absolument rebelle à toute hallucination provoquée.

Les illusions et les hallucinations provoquées, ou simplement suggérées pendant cet état de somnambulisme, persistent quelquefois pendant un certain temps après le réveil de la malade, se rapprochant en cela de la contracture qui survit à l'état léthargique pendant lequel elle a été provoquée. L'état dans lequel se trouvent alors les malades se rapproche beaucoup de ce qui a lieu dans la quatrième période de la grande attaque. Il existe là comme une période de transition pendant laquelle l'hallucination et la perception exacte, la raison et l'erreur se confondent.

Cette persistance après le réveil qui survient dans quelques cas spontanément et sans que l'expérimentateur l'ait recherché peut devenir elle-même l'objet de la suggestion. Et si l'observateur suggère au sujet somnambulisé qu'il continuera à voir après son réveil tel objet imaginaire, l'effet est certain. L'image hallucinatoire survit au sommeil et ne perd aucun de ses caractères. Il y a plus même, et l'hallucination ne se produira qu'après le réveil et à un moment donné si la suggestion est formulée dans ce sens pendant l'état de somnambulisme. Je reviendrai plus loin sur ces faits d'un grand intérêt quand je traiterai des phénomènes hypnotiques que l'on peut provoquer pendant la veille.

Ce qui précède suffit pour donner la physionomie générale des hallucinations qu'il est possible de provoquer pendant la période cataleptique ou somnambulique de l'hypnotisme.

Mais il y a là matière à des études plus approfondies et les observateurs, dans un but d'investigation soit physiologique, soit philosophique se sont plu à multiplier les expériences en variant les conditions de l'expérimentation. C'est là, en effet, un des côtés si nombreux d'ailleurs par lesquels l'hypnotisme se présente comme un précieux moyen de recherches dont les résultats acquièrent, avec cette différence qu'elles portent sur le fonctionnement du cerveau humain lui-même, la valeur des expériences des vivisecteurs.

J'enregistrerai ici les principales observations en les classant dans un certain ordre.

On remarquera que les expériences ont surtout porté sur les hallucinations visuelles. Leur étude est relativement plus facile et elles peuvent d'ailleurs, par voie d'analogie, faciliter l'étude des troubles hallucinatoires qui intéressent les autres sens.

C. — Influence des hallucinations sur l'état des organes des sens.

Nous avons vu plus haut que dans les hallucinations qui accompagnent la troisième période de la grande attaque hystérique, l'état de la pupille varie suivant la distance présumée de l'objet hallucinatoire. Ce fait intéressant a été signalé par notre ami Ch. Féré qui l'a également, le premier, constaté dans les hallucinations provoquées de l'hypnotisme. Je ne saurais mieux faire que de reproduire ce que dit M. Féré à ce sujet.

« Chez deux hystériques avec lesquelles on peut entrer en communication par la parole pendant la catalepsie, voici ce que nous avons observé : lorsque nous leur ordonnons de regarder un oiseau au sommet d'un clocher ou s'élevant dans les airs, la pupille se dilate progressivement jusqu'à doubler, ou peu s'en faut, son diamètre primitif; si nous faisons redescendre l'oiseau, la pupille se rétrécit graduellement; et on peut reproduire le même phénomène autant de fois que l'on évoque l'idée d'un objet quelconque qui se meut.

« Ces modifications de la pupille que l'on provoque ainsi chez une cataleptique, qui ne cesse pas d'ailleurs d'offrir tous les phénomènes propres à la catalepsie, montrent que, dans cette hallucination, l'objet fictif est exactement vu comme s'il existait, et provoque par ses mouvements des efforts d'accommodation suivant les mêmes lois que si c'était un objet réel. Il s'agit donc bien d'une hallucination véritable, qui n'a rien à faire avec la supercherie. On peut objecter, cependant, que quelques individus peuvent contracter volontairement leur pupille.

« Il faut convenir toutefois, avec Leeser[1], dont nous rappelons les études critiques, que ces mouvements de la pupille, qui se produisent à vrai dire sous l'influence de la volonté, ne sont pas pour cela des mouvements volontaires; ce sont des mouvements associés à des mouvements volontaires. Ces mouvements soi-disant volontaires de la pupille, on les observe dans les grands mouvements respiratoires, dans la déglutition, la mastication, mais surtout dans les grands efforts muscu-

1. Leeser. — *Die Pupillarbewegung*, Wiesbaden, 1881.

laires (R. Vigouroux)[1] qui s'accompagnent de dilatation pupillaire. Dans ces cas, la volonté n'agit que d'une manière indirecte, par excitation des centres volontairement excitables.

« Seitz-Zehender[2] raconte le cas d'un étudiant en médecine qui pouvait dilater sa pupille de 3 millimètres, quand il inspirait profondément, puis arrêter sa respiration en même temps qu'il contractait les muscles du cou. Lorsqu'il fixait un point rapproché, l'expérience réussissait encore mieux. Ce cas est peut-être le même que celui que Kügel[3] rapporte d'un Dr Szontag. Celui-ci, ayant sa pupille large de 4 à 5 millimètres à un éclairage moyen, pouvait la dilater jusqu'à 9 millimètres, c'est-à-dire jusqu'au maximum ou à peu près, quand il faisait une inspiration lente et contractait en même temps les muscles du cou et de la nuque; l'inspiration lente et profonde pouvait, à elle seule, déterminer une dilatation appréciable.

« Cette dilatation de la pupille comme celle qui se produit dans tout effort musculaire, est tout à fait indépendante de la volonté, mais seulement associée à des mouvements volontaires. D'après tout ce que nous savons sur les mouvements associés de la pupille, ajoute Leeser, le phénomène s'explique en admettant une irritation du centre oculo-pupillaire vasomoteur, en même temps que celle du centre respiratoire, vraisemblablement sous l'influence de l'acide carbonique accumulé dans le sang. Kügel admet d'ailleurs que l'anémie et l'anoxémie correspondante, déterminées dans le cerveau par l'inspiration profonde et la contraction musculaire énergique, déterminent une paralysie du centre constricteur pupillaire. Leeser admet que, dans les cas de ce genre, il y a excitation du centre dilatateur, tandis que, dans les cas d'effort respiratoire et musculaire, l'anoxémie s'y surajoute, amenant une paralysie du centre constricteur permettant la dilatation extrême de la pupille.

« Le cas rapporté par Budge (*Bewegungen der Iris*, p. 163) semble propre à faire admettre des mouvements volontaires de la pupille; ainsi le professeur Beer (de Bonn), pouvait volontairement contracter et dilater sa pupille, en faisant naître en lui certaines idées; quand il se représentait un lieu très éclairé, sa pupille se contractait; elle se dilatait au contraire quand il imaginait un endroit très obscur. Budge, qui a rencontré plusieurs personnes dont la pupille se dilatait par l'évocation de l'idée d'un lieu obscur, remarque ce qui suit : « On ne devra pas

1. *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1863, t. VIII, p. 581.
2. *Handbuch der Augenheilk.*, p. 314.
3. *Ueber die willkürliche Veränderung der Pupillengrösse*, in *Wiener med. Wochens.*, 1860, nos 32 et 33.

conclure de ces observations que les mouvements de l'iris sont volontaires; le phénomène est comparable à la sécrétion de salive qui se fait dans la bouche à l'idée de certains mets.

« Ce dernier fait prouve au moins que, dans certains cas, la pupille peut se contracter sous l'influence de l'imagination. Si quelques sujets peuvent contracter ou dilater leur pupille en s'imaginant des objets rapprochés ou éloignés, ils sont rares. Nous avons soumis nos malades à l'expérience à l'état de veille, mais sans succès[1]. »

Il est bon de faire remarquer ici que les observations rapportées par Budge loin d'atténuer la valeur des expériences de M. Féré, les contrôlent et les corroborent. Tous ces faits sont de même nature. Et nous voyons un phénomène rare, douteux et presque insaisissable à l'état normal, acquérir sous l'influence de l'hypnotisme un développement qui en facilite singulièrement la constatation et en permet l'étude. Je rapprocherai ces faits de l'expérience de Wundt au sujet des images consécutives colorées dont nous parlerons plus loin.

M. Féré a également observé que, pendant la durée de l'hallucination visuelle, la sensibilité générale de l'œil pouvait être profondément modifiée chez certains sujets. « En effet, dit-il, dans l'état cataleptique, la conjonctive et la cornée, en dehors du champ pupillaire, sont en général insensibles. Sur la plupart des sujets on peut les toucher avec un corps étranger sans provoquer de réflexes palpébraux; chez P... par exemple, sitôt qu'on a développé une hallucination visuelle, la sensibilité des membranes externes de l'œil revient dans l'état où elle existe dans la veille. » Ce fait vient à l'appui de ceux que M. Féré a déjà apportés pour établir la corrélation qui existe entre la sensibilité spéciale et la sensibilité générale non seulement dans l'hystérie, mais encore dans les lésions organiques du cerveau.

Il est très important de relever comme ils le méritent tous ces faits qui témoignent de l'influence d'une impression purement cérébrale, telle que l'image hallucinatoire, sur la motilité et la sensibilité des organes périphériques des sens. Nous y reviendrons d'ailleurs plus loin.

D. — Influence de l'état des organes des sens sur les hallucinations.

Nous avons constaté, dans un certain nombre de cas, chez les malades hémianesthésiques, que les illusions et les hallucinations n'étaient pas possibles pour les sens qui avaient perdu leur activité. Le fait est

1. *Archives de Neurologie*, n° 9, 1882.

particulièrement intéressant en ce qui concerne l'achromatopsie. On remarque, en effet, que les hallucinations colorées n'existent que pour l'œil qui n'est pas achromatopsique. En voici un exemple.

Bar... est, à l'état de veille achromatopsique de l'œil droit. Pendant l'état cataleptique, en lui maintenant l'œil gauche fermé, nous lui faisons voir une troupe d'oiseaux. A nos questions sur la couleur de leur plumage elle répond qu'ils sont tous blancs ou gris. Si nous insistons en lui affirmant qu'elle se trompe, que les uns sont bleus, les autres rouges ou jaunes, etc... elle nous soutient qu'elle ne voit que des oiseaux blancs ou gris. Mais les choses changent, si à ce moment nous ouvrons l'œil gauche, que l'œil droit soit fermé ou non ; aussitôt elle s'extasie sur la variété et l'éclat de leur plumage où toutes les couleurs se trouvent réunies.

Cette expérience a été variée de bien des façons. L'œil gauche fermé, nous lui montrons Arlequin, et elle le dépeint tout couvert de petits carreaux gris, blancs ou noirs, Polichinelle est également vêtu de blanc et de gris : « C'est original, ajoute-t-elle, mais ce n'est pas beau. » Nous ouvrons l'œil droit et aussitôt la notion des couleurs reparaît, et Arlequin et Polichinelle lui apparaissent bariolés comme on a coutume de les représenter.

Il arrive même parfois que les sens qui sont complètement abolis à l'état normal, ne sont pas, dans l'état cataleptique, susceptibles d'hallucinations. Ainsi Léonore Rob... qui est hémianesthésique à gauche, avec achromatopsie partielle et perte absolue de l'odorat, de l'ouïe, du goût et du tact du même côté, conserve pendant la catalepsie ce même état des sens et voici ce que nous avons pu constater, au sujet des hallucinations provoquées.

De l'œil gauche elle ne voit pas sur une robe imaginaire les rayures violettes dont elle admire la vivacité de teinte de l'œil droit.

De l'oreille droite elle reconnaît parfaitement le tic-tac d'une montre qu'elle n'entend pas à gauche. Aussi, pour l'oreille droite, la montre se transforme-t-elle très facilement en une boîte à musique qui joue la Marseillaise, pendant que, pour l'oreille gauche la même hallucination n'est pas possible. Elle écoute, sur les instances de celui qui parle, mais n'entend rien.

De la main droite elle reconnaît un objet quelconque à sa forme, pendant qu'elle ne peut y parvenir de la main gauche (on a eu soin de placer un écran entre ses yeux et ses mains). De la main droite elle prend une montre pour un couteau, elle a peur de se couper; tandis que de la main gauche l'illusion ne se produit pas.

Les mêmes phénomènes d'hallucinations localisées aux sens qui ont conservé une partie au moins de leur fonctionnement normal se retrouvent chez Bar...

Mais la relation, entre les phénomènes hallucinatoires et l'intégrité de l'appareil sensoriel est loin d'être constante, nous ne pouvons, à cet égard, poser de règle générale et faire de la persistance des sens une condition nécessaire de la production des hallucinations.

Dans une observation rapportée plus haut nous avons vu que pendant le somnambulisme la perte absolue de l'odorat et du goût n'empêchait point les hallucinations du goût et de l'odorat de se produire avec la plus grande facilité. Il en était de même pour l'ouïe abolie seulement d'un seul côté.

Chez cette même malade dont les yeux demeuraient constamment fermés pendant le somnambulisme, les hallucinations de la vue n'avaient lieu que si nous soulevions les paupières, tandis que chez un autre sujet dont nous avons également parlé plus haut, l'occlusion des paupières qui persistait de même pendant l'état de somnambulisme n'apportait aucun obstacle à la production des hallucinations de la vue.

Je rapporterai ici, au sujet des hallucinations qui affectent les sens anesthétiques, un nouveau fait récemment observé.

Witt... est achromatopsique partielle. Elle a perdu la vision du violet pour les deux yeux, et pour l'œil gauche seul la vision du vert, du bleu, du jaune. Le rouge est la seule couleur vue des deux yeux. L'oreille droite a conservé une acuité auditive normale, tandis que l'oreille gauche ne perçoit pas le tic-tac d'une montre appliquée contre le pavillon.

Pendant l'état de somnambulisme, lorsque nous lui donnons l'hallucination d'un oiseau, par exemple, sans préciser aucun détail et que nous lui demandons de quelle couleur est son plumage, elle répond invariablement « il est gris ». Mais rien n'est plus facile que de rendre ce tableau coloré. Il suffit de lui affirmer qu'elle se trompe, qu'au contraire le plumage de l'oiseau est, suivant les endroits, rouge, bleu, vert, jaune, pour qu'aussitôt l'image hallucinatoire se revête de toutes les couleurs indiquées. Le violet est la seule couleur dont il ne soit pas possible de provoquer la sensation. On a beau insister, le violet, en hallucination comme dans la réalité, est toujours « noir ». L'occlusion alternative de l'un ou l'autre œil ne change en rien les couleurs de l'image hallucinatoire, et l'œil achromatopsique à l'état de veille voit aussi bien que l'autre les couleurs imaginaires: et cependant nous pouvons constater que sous l'inflnence du somnambulisme cet œil n'a rien

recouvré de sa sensibilité. En effet, si, en maintenant l'œil droit fermé, nous lui montrons de l'œil gauche des petits papiers colorés, elle les déclare tous gris ou noirs à l'exception du papier rouge. Et pendant que cet œil achromatopsique voit « gris » les petits carrés de papier bleu, par exemple, que je lui présente, ce même œil admire la vivacité de la teinte bleue des ailes de l'oiseau ; il en est de même pour les autres couleurs.

Pour le sens de l'ouïe, le bruit hallucinatoire est aussi bien perçu par une oreille que par l'autre malgré l'hypocophose qui existe à gauche. Le sujet prétend, par exemple, parfaitement bien entendre le petit cri d'un moineau imaginaire qu'elle approche de son oreille gauche, pendant que cette même oreille ne perçoit pas le tic-tac de la montre que nous appliquons tout contre le conduit auditif.

La même malade est anesthésique totale à l'état de veille. Pendant le somnambulisme le même état persiste, et la peau peut être traversée par de grosses épingles, sans même que la malade s'en aperçoive. Mais une piqûre imaginaire la fait horriblement souffrir.

E. — Hallucinations unilatérales.

L'hallucination provoquée pendant l'hypnotisme est spontanément bilatérale. Elle intéresse également les organes des sens homologues symétriquement placés, à l'exception, toutefois, des quelques faits que nous avons signalés plus haut relativement à la nécessité, dans certains cas, de la persistance de l'activité sensorielle normale pour la production des hallucinations. Lorsque chez un sujet cataleptique ou somnambulique sous le coup d'une hallucination, nous venons, en produisant l'hémiléthargie par l'occlusion d'un seul œil, à plonger toute une moitié du corps dans l'anéantissement léthargique, l'hallucination n'en persiste pas moins. Que l'hémiléthargie soit produite à droite ou à gauche, peu importe dans la généralité des cas. Ce fait que nous avons signalé depuis longtemps démontre l'indépendance fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux en même temps que leur suppléance mutuelle au moins dans certaines circonstances données et pour un certain ordre de faits. Nous voyons en effet, dans le cours d'une même expérience, une même hallucination persister dans son ensemble malgré la suppression — en vertu de l'assoupissement léthargique — de l'un ou de l'autre hémisphère ; chaque moitié du cerveau mettant alors en jeu pour l'interprétation et la traduction objective de cette hallucination la moitié du corps — organes de sensibilité et de mouvement — qu'elle tient sous sa dépendance.

Mais dans l'hallucination hypnotique l'unilatéralité peut exister du fait

même de la suggestion. C'est ainsi que l'on peut suggérer une vision qui ne sera perçue que par un seul œil, par exemple un bruit, des paroles qui ne seront entendus que d'une seule oreille, etc... tandis que l'organe du côté opposé conserve sa sensibilité normale. On peut encore suggérer une hallucination d'un côté, tandis que l'on supprime complètement la vue ou l'ouïe du côté opposé, en inculquant en même temps l'idée de cécité, de surdité unilatérale. Enfin M. Dumontpallier a montré qu'on pouvait provoquer des illusions ou des hallucinations simultanément doubles pour le même appareil sensoriel bilatéral ou pour deux appareils sensoriels différents[1]. Comme cela a lieu dans les expériences de suggestion unilatérale que nous avons rapportées, les illusions et les hallucinations étaient accompagnées d'une expression différente de chaque côté du visage, en rapport avec leur nature.

F. — Modifications apportées dans la vision des objets réels par l'état de somnambulisme.

Je crois utile, avant d'aller plus loin dans l'étude des hallucinations provoquées, d'exposer ici quelques-unes des particularités que nous avons relevées, chez les somnambules, dans la vision des objets réels.

D'une manière générale le sujet somnambule est inerte. Livré à lui-même il demeure immobile, les yeux à demi fermés, semblant ne rien voir et ne rien entendre. Toute spontanéité fait défaut, et nous n'avons jamais vu le somnambule prendre part à une conversation, faire un acte quelconque, sans y avoir été expressément poussé par une impulsion étrangère. Mais ce sommeil des facultés cérébrales n'est qu'apparent; un simple mot, un geste, suffisent pour le faire cesser partiellement toutefois. C'est ainsi que par le moyen de la « suggestion » l'observateur peut opérer une sorte de dissection mentale et faire mouvoir isolément les rouages si compliqués du mécanisme intellectuel. Une conséquence de cette localisation de l'activité cérébrale, sera son accroissement qui, dans ce cas particulier, pourra dépasser de beaucoup les limites de l'état normal.

Nous retrouvons dans le fonctionnement de l'activité sensorielle, pendant l'état somnambulique, ces deux caractères qui consistent dans la localisation et la suractivité. Le fait est facile à démontrer pour ce qui est de l'organe de la vision.

Si nous attirons avec un peu d'insistance (soit par le geste, soit par la parole) le regard du sujet sur un objet déterminé, un livre posé sur une table par exemple, l'attention est tellement concentrée sur ce seul

1. Société de biologie, séance du 16 déc. 1882, *Comptes rendus*, p. 792.

livre que tout autre objet (à moins de suggestion spéciale) ne sera pas perçu. De plus l'objet réel est vu par la somnambule jusque dans ses moindres détails au point de lui permettre de reconnaître facilement, ainsi que nous le rapporterons plus loin, une feuille de papier entre vingt autres semblables.

D'un autre côté nous avons noté que, chez une même malade, l'expérience physiologique des images consécutives se produit avec beaucoup plus de facilité et d'intensité pendant l'état de somnambulisme que pendant l'état de veille. En outre, la durée de l'image consécutive est plus grande. Witt... par exemple, à l'état de veille, a une certaine peine à trouver les couleurs complémentaires de petits papiers colorés en faisant apparaître, par le procédé classique, les images consécutives. Une fois en état de somnambulisme l'image consécutive apparaît avec une facilité étonnante et dure un laps de temps relativement long, après lequel elle disparaît spontanément. Mais l'état de somnambulisme dans lequel se trouve le sujet nous permet, par le moyen de la suggestion, de prolonger indéfiniment la durée des images consécutives. C'est ainsi que, si nous lui affirmons que ce petit carré vert (image consécutive d'un petit carton rouge qu'elle vient de fixer) ne va pas disparaître, elle continuera à le voir aussi longtemps qu'une nouvelle suggestion ne l'aura pas fait s'évanouir et avec tous les caractères qu'il possède en ce moment et qui sont ceux des images consécutives. Il me semble que nous assistons dans ce fait à la genèse d'une hallucination rudimentaire. L'image consécutive, sous l'influence de la suggestion, devient hallucination.

Nous savons que les images consécutives, négatives dans l'expérience précédente, peuvent être également positives.

Dans l'expérience du livre, citée tout à l'heure, et qui consiste simplement à attirer le regard et l'attention du sujet sur un objet déterminé, il se produit quelquefois un fait qui ne laisse pas de paraître étrange au premier abord. Le sujet affirme voir toujours le livre même lorsqu'il est caché par un écran, même après qu'on l'a retiré. Nous avons dit que tout autre objet que celui sur lequel le regard du sujet est attiré n'est pas perçu. Si nous plaçons, en effet, un objet quelconque au-devant du livre de façon à le masquer en entier ou en partie, le sujet ne paraît s'apercevoir de rien et affirme toujours le voir de la même façon. Si l'objet qui fait office d'écran est assez grand pour permettre de retirer ce livre alors qu'il est entièrement caché, la malade n'en persiste pas moins à « le voir » et à le décrire dans la position qu'il occupait, alors même que l'écran a été retiré et qu'il n'y a plus rien sur la table.

Cette expérience réussit quelquefois telle que je viens de la rappor-

ter; elle ne manque jamais si l'on fait intervenir la « suggestion » en disant au sujet qu'il persistera, quoiqu'il arrive, à voir l'objet sur lequel on attire son attention. Dans ce cas la vision de cet objet persiste malgré l'occlusion des yeux.

Ne pouvons-nous pas, en rapprochant cette expérience de la précédente, interpréter la persistance de la vision de l'objet malgré l'écran ou même après sa soustraction, par la persistance de l'impression sensorielle sous forme d'image consécutive. Il n'y a pas loin entre la persistance d'une image consécutive de cette nature et l'hallucination.

Cette existence de l'image visuelle d'un objet en dehors de la présence de cet objet est encore démontrée par l'expérience suivante :

L'attention du sujet ayant été attirée sur un objet, on maintient fermé, avec la main ou un bandeau, un de ses yeux. En plaçant un prisme devant l'œil resté ouvert la malade déclare voir deux objets. Les deux images sont placées conformément aux lois de la physique suivant la position du prisme. Ce fait, qui n'a rien à faire avec les expériences que nous rapporterons plus loin sur le dédoublement par le prisme des images hallucinatoires, puisqu'il s'agit ici de la vision monoculaire, n'a pas laissé de nous surprendre la première fois que le hasard nous l'a fait constater. Mais, sans nous mettre en peine de l'explication qu'il comporte, nous l'avons répété un nombre de fois suffisant et dans des conditions expérimentales [1] qui mettent son existence hors de doute.

Il me semble que cette expérience est susceptible de l'interprétation suivante. Nous avons vu que l'impression ou image visuelle déterminée par la vue d'un objet peut persister, chez le somnambule, après la soustraction de cet objet. Lorsque nous plaçons un prisme devant l'œil qui fixe un objet, les rayons lumineux qui partent de l'objet pour former son image sur la rétine sont déviés et vont former une nouvelle image sur un autre point de la surface rétinienne. Pour nous l'interposition du prisme nous donne l'illusion du déplacement de l'objet. Mais, chez notre somnambule, si la première image persiste à l'état d'image consécutive, il est tout naturel que, au lieu de voir l'objet se déplacer, elle voie deux images du même objet, l'une qui ne subira aucun changement et l'autre qui viendra se placer dans la direction prolongée des rayons réfractés.

Mais ce n'est pas tout; cette seconde image peut être fixée par la

1. En masquant les bords du prisme de façon à dissimuler la position dans laquelle je le présentais, les deux images indiquées par la malade étaient toujours placées conformément aux lois de la physique. Si la base du prisme était en haut les deux images étaient placées l'une au-dessus de l'autre ; si la base était latérale, les deux images étaient placées latéralement.

« suggestion ». Si pendant que le prisme est maintenu devant l'œil, et que le sujet a conscience de voir deux objets, nous lui affirmons qu'il continuera à voir ces deux objets, la soustraction du prisme ne change rien à l'état des choses et la malade déclare toujours voir deux objets. Qu'advient-il alors si nous plaçons de nouveau le prisme devant l'œil en expérience? La malade déclare voir quatre objets. Ces quatre images fixées par suggestion comme précédemment, une nouvelle interposition du prisme en fait voir huit, et ainsi de suite. Mais bientôt toutes ces images se confondent et la malade dit en voir tant qu'elle ne peut plus les compter.

Cette persistance de plusieurs images d'un même objet dans un seul œil se comprendra si nous songeons que physiologiquement, dans les conditions normales, un même objet vu d'un seul œil peut donner naissance à la formation de plusieurs images consécutives. Il suffit, dans le cours d'une même expérience de changer le point de fixation, de façon à impressionner successivement différents points de la rétine, pour voir ensuite autant d'images consécutives qu'on aura changé de fois de position[1].

G. — Influence sur les hallucinations des modifications apportées à la perception des objets réels.

a) *Interposition d'un corps opaque.* — Quand on place un écran entre les yeux du sujet et le point de l'espace où siège l'hallucination, la vision de l'objet imaginaire est tantôt suspendue, tantôt conservée suivant les sujets ou même chez un même sujet suivant les circonstances.

Tantôt, en effet, l'hallucination hypnotique se comporte à ce propos comme les hallucinations spontanées de la grande attaque hystérique que l'application de la main, près des yeux, ne modifie en aucune façon; tantôt, au contraire, l'hallucination hypnotique est supprimée par le fait de l'interposition d'un écran. M. Binet, à qui l'on doit un excellent article sur les hallucinations[2], a signalé cette même inconstance dans l'action de l'écran. Il ajoute à ce propos, une remarque qui confirme pleinement ce que nous venons de dire dans le paragraphe précédent au sujet de la vision des objets réels chez les malades dont les halluci-

1. On ne saurait voir là une preuve du siège rétinien des images consécutives. Car il est rationnel d'admettre que la rétine a sa représentation exacte dans le centre visuel cérébral. Il existe en quelque sorte une rétine cérébrale dont chaque point est en relation intime avec les points correspondants de la rétine périphérique. Nous verrons plus loin que, à l'encontre de l'opinion de la plupart des physiologistes, des raisons sérieuses plaident en faveur du siège cérébral des images consécutives.

2. L'*Hallucination*, par A. Binet, in *Revue philosophique*, avril et mai 1884.

nations ne sont pas supprimées par l'écran, et chez lesquelles l'écran ne suspend même pas la perception des objets réels. « On leur montre, dit-il, par exemple, un chapeau ou un livre placés sur une table voisine; quand on masque ces objets réels avec un corps opaque, les malades assurent qu'elles les voient encore; elles décrivent la forme du chapeau, elles énoncent le titre du livre. »

Je ne reviendrai pas sur ces faits dont nous avons cherché, il n'y a qu'un instant, à pénétrer le mécanisme.

Quant aux images hallucinatoires confondues avec celles des objets réels, il n'y a rien de surprenant de les voir persister comme ces dernieres malgré l'interposition de l'écran.

Dans quelques expériences rapportées par M. Binet, l'image hallucinatoire, dans l'épreuve de l'écran, perdait sa localisation première dans l'espace, et venait se fixer sur l'écran lui-même. Dans les mêmes expériences, lors de l'occlusion des yeux les malades chez lesquelles l'hallucination persistait disaient qu'elles voyaient l'objet fictif dans leurs yeux. C'est là un cas particulier. Nous avons remarqué que, malgré l'interposition de l'écran ou l'occlusion des yeux, l'objet réel ou hallucinatoire dont la perception continuait, gardait généralement sa même localisation dans l'espace et pour l'atteindre de la main, la malade ne le cherchait pas sur l'écran, mais bien au point où elle l'avait placé tout d'abord.

b) *Pression oculaire.* — L'on sait qu'à l'état normal il suffit de presser latéralement sur le globe oculaire d'un seul côté de façon à déranger l'axe optique pour faire naître la diplopie. La vision binoculaire est troublée et deux images du même objet apparaissent.

Brewster a le premier indiqué qu'en pressant sur l'œil d'un malade en état d'hallucination visuelle on arrive à lui montrer deux apparitions au lieu d'une. Paterson, Despine, Ball ont cité des faits semblables. La même chose a lieu pour les hallucinations des hypnotiques. Nous savons que les hystériques sont susceptibles d'avoir, pendant la période somnambulique de l'hypnotisme, des hallucinations spontanées empruntées à la troisième période de la grande attaque. Nous avons pu constater que la pression oculaire dédoublait aussi bien ces hallucinations spontanées que toutes celles que l'on peut provoquer.

c) *Prisme.*—La vision binoculaire normale est troublée par l'interposition du prisme devant un seul œil. Le prisme dévie les rayons lumineux de l'objet qui vont se faire sur un point non identique de la rétine, et la diplopie se produit.

Le prisme placé devant un seul œil dédouble et dévie l'hallucination. Ce fait, relevé par M. Féré n'est en somme qu'une variante de l'expérience de Brewster. M. Féré a remarqué en outre que, pour une dis-

tance donnée, le prisme provoque ou ne provoque pas un dédoublement de l'image, suivant qu'on le place devant l'œil le plus près de l'état normal, ou devant l'œil le plus amblyope.

De plus les deux images offrent la même teinte même si l'une d'elles appartient à un œil achromatopsique (expérience de Parinaud).

M. Féré a également constaté que dans les cas d'hallucination visuelle unilatérale (les deux yeux restant ouverts) l'interposition du prisme produisait également le dédoublement de l'image hallucinatoire. Nous avons répété nous-même cette expérience, car toute contradictoire qu'elle paraisse, elle est logique et de nature à jeter un certain jour sur le mécanisme du dédoublement des hallucinations par le prisme.

Nous montrons à la malade, pendant l'état de somnambulisme, une carte blanche en lui disant que sur cette carte se trouve un portrait qu'elle peut parfaitement bien distinguer de l'œil droit par exemple, tandis qu'elle ne le voit pas de l'œil gauche. Afin de mieux préciser nous lui fermons alternativement les deux yeux ; l'œil gauche fermé, la carte porte un portrait ; l'œil droit fermé, la carte reste blanche. Au réveil l'hallucination persiste.

La malade paraît enchantée de la photographie imaginaire que nous venons de lui donner, et lorsqu'à l'improviste nous lui fermons l'œil droit sa surprise de ne plus voir qu'un carton blanc est vraiment curieuse à observer et porte bien le cachet de la sincérité. L'œil droit ouvert, la photographie réapparaît. Si c'est l'œil gauche que nous lui fermons, rien n'est changé dans la perception de l'image hallucinatoire.

Qu'arrive-t-il alors si nous plaçons un prisme devant un de ses yeux ? La carte est doublée et aussi le portrait. Elle affirme voir deux portraits. Et l'image déviée est placée conformément aux lois de l'optique suivant la position, qu'à son insu, nous donnons au prisme. Le résultat est le même que le prisme soit placé devant l'œil halluciné ou devant celui qui ne l'est pas.

Cette expérience, à cause de son caractère contradictoire, a été répétée plusieurs fois par M. Féré et par nous, et dans des conditions d'observation rigoureuse qui nous autorisent à la présenter comme un fait réel et bien établi.

Voilà donc un sujet dont les deux yeux perçoivent une image différente. L'œil droit halluciné voit un portrait sur le carton blanc, l'œil gauche voit le carton tel qu'il est. Dans la vision binoculaire, les deux images se superposent, et naturellement le carton apparaît orné du

1. Il y a lieu de se mettre en garde ici contre la diplopie qui peut se produire par l'interposition du prisme dans la vision monoculaire ainsi que nous l'avons signalé plus haut.

portrait. Dans la vision monoculaire, en fermant alternativement les deux yeux, chaque œil perçoit l'image qui lui est propre. Comment se fait-il que le prisme, qui trouble la vision monoculaire en séparant l'image propre à chacun des yeux, donne un résultat différent, contradictoire même, et qu'à ce moment le carton réel dédoublé apparaisse pour chacun des deux yeux porteur du même portrait?

L'expérience peut être variée de la façon suivante : Si, présentant successivement le même carton aux deux yeux, nous suggérons à chaque œil l'hallucination d'un portrait différent, le sujet voit très nettement dans la vision monoculaire, tantôt M. X..., tantôt M. Y... Dans la vision binoculaire les deux images se mêlent sans se confondre. Elle les distingue parfaitement, comme enchevêtrées. Si nous plaçons alors le prisme au devant d'un des yeux, l'objet réel (le carton) est dédoublé, mais les images différentes appartenant à chacun des yeux ne sont pas séparées. Elles apparaissent toujours entremêlées sur le même carton. Seulement la malade affirme, maintenant, en voir autant sur l'image du carton déviée par le prisme. Au lieu de deux portraits elle en voit quatre.

En somme tout ceci prouve que l'image hallucinatoire elle-même ne saurait être directement influencée par l'interposition d'un prisme. Elle ne l'est pas plus que les images consécutives physiologiques qui, comme elles, sont des images purement cérébrales comme nous le verrons plus loin.

Si, en certaines circonstances, l'image hallucinatoire est doublée par le prisme, c'est d'une façon indirecte et par un mécanisme qui a son origine dans le mélange de l'hallucination et de la réalité.

Le sujet est induit en erreur par le fusionnement qui se fait entre l'image hallucinatoire (le portrait) et l'objet réel (le carton) sur lequel la suggestion la fixe. Sensation réelle (le carton) et image mentale (le portrait) sont intimement unies dans le même centre de perception. Elles font partie du même tableau mental en dehors duquel le sujet ne possède aucun élément pour faire la part du vrai et du faux. Qu'arrivera-t-il alors si par l'interposition du prisme nous dédoublons l'objet réel? Forcément l'image hallucinatoire partagera le sort de l'image sensorielle vraie avec laquelle elle est en quelque sorte fondue; comme cette dernière, elle sera également doublée.

d *Lorgnette, miroir.* — M. Binet, dans l'intention d'étendre et de contrôler les effets produits sur l'image hallucinatoire par l'interposition du prisme, a imaginé un certain nombre d'expériences de même ordre qu'il a bien voulu nous résumer dans une note manuscrite que je transcris ici.

« *Lorgnette.* — La lorgnette rapproche ou éloigne l'objet imaginaire suivant qu'on place directement devant l'œil de la malade l'oculaire ou l'objectif. L'effet n'est produit que si la lorgnette a été préalablement mise au point par la malade. De là la nécessité de ne commencer l'expérience qu'après avoir prié la malade d'accommoder la lorgnette à sa vue. La lorgnette non mise au point joue le rôle d'un écran. Elle supprime l'hallucination pour les malades qui cessent de voir un objet imaginaire quand on interpose un écran ; elle la laisse subsister, et sans changement, chez les autres. Il faut observer de très près ces dernières malades ; car comme chez elles l'image hallucinatoire peut se fixer tantôt sur un objet, tantôt sur un autre, il se peut qu'elle se fixe sur la lorgnette qu'on rapproche de leurs yeux, alors même que l'instrument est mis au point.

» On peut varier l'expérience de la lorgnette en la remplaçant par des instruments dont l'action est également fondée sur la réfraction de la lumière. Avec une loupe, on aggrandit un portrait imaginaire ; avec un microscope on obtient une grosseur plus considérable, mais, dans ce dernier cas, nous n'avons jamais vu les malades découvrir les détails de la structure invisible à l'œil nu ; par exemple, les globules du sang, les stomates de l'épiderme végétal, etc.

» *Miroir.* — Le miroir réfléchit l'objet imaginaire ; il suffit pour obtenir ce résultat de faire réfléchir le point de l'espace qui est le siège de l'hallucination. En général, la malade ne se rend pas compte de la présence du miroir, et elle dit simplement qu'elle voit deux objets. Si on approche, ou qu'on éloigne, ou qu'on incline le miroir de telle sorte que le point de repère extérieur ne soit plus réfléchi pour les yeux de la malade, la double hallucination disparaît. Le miroir placé devant le point de repère fait office de corps opaque. De là des effets variables suivant les sujets.

» De plus l'image hallucinatoire est *symétrique* de l'autre image hallucinatoire qu'on pourrait en quelque sorte appeler *réelle.* Si on fait apparaître au sujet, sur un carton, un portrait dont le profil est tourné à gauche, le portrait imaginaire réfléchi par le miroir aura le profil tourné à droite. On peut également faire apparaître l'écriture renversée ; mais cette expérience ne réussit pas toujours et demande de la part du sujet une certaine éducation. »

M. Binet fait remarquer avec juste raison que toutes ces expériences dérivent logiquement de l'expérience fondamentale de Brewster. Dans l'expérience du prisme, au lieu de déplacer l'axe oculaire, on fait dévier le rayon lumineux avant qu'il ne pénètre dans l'intérieur de l'œil ; l'effet

observé est le même dans les deux cas, le prisme produit la diplopie comme la pression mécanique, parce que dans les deux cas, les deux rétines se trouvent impressionnées sur des points qui ne sont pas *identiques*. L'expérience de la lorgnette se rattache étroitement à celle du prisme parce qu'elle est fondée également sur les lois de réfraction de la lumière. Enfin celle du miroir est liée aux précédentes comme sont liés en physique les phénomènes de réfraction et les phénomènes de réflexion.

Quant à l'explication que propose M. Binet, elle ne diffère pas de celle que nous avons exposée plus haut au sujet de l'expérience du prisme. « L'explication des faits observés, dit-il, est tout entière dans cette supposition que l'hypnotique associe l'image hallucinatoire née de la suggestion, à une impression venue de l'extérieur, et que c'est en agissant sur le point de repère sensoriel qu'on produit consécutivement des modifications correspondantes dans l'image. Ainsi le prisme dédouble et dévie ce point de repère, la lorgnette le rapproche ou l'éloigne, le miroir le réfléchit, ce qui entraîne consécutivement le dédoublement de l'hallucination ou son rapprochement ou sa réflexion. »

H. — Du contraste chromatique dans l'hallucination.

L'hallucination d'une couleur peut développer des phénomènes de contraste chromotique aussi bien et même d'une manière plus intense que la perception réelle de la couleur [1].

Si par exemple on présente à une malade en état de suggestion une feuille de papier divisée en deux parties par une ligne et qu'on lui donne sur une des moitiés l'hallucination du rouge, elle accuse sur l'autre moitié la sensation du vert complémentaire. Si la sensation du rouge persiste après le réveil, celle du vert persiste également.

Pour comprendre la signification de ce fait, il faut se reporter à l'expérience suivante que M. Parinaud a fait connaître dans une communication relative au contraste chromatique (Société de biologie, juillet 1882.)

« Un carton moitié blanc et moitié vert sur une de ses faces, complètement blanc sur l'autre, porte à son centre, sur les deux faces, un point destiné à immobiliser le regard. Vous fixez pendant une demi-minute la face blanche-verte, puis, retournant le carton, la face complètement blanche. Vous voyez alors sur la moitié qui correspond à la surface

1. Expérience communiquée par M. Parinaud.

verte une teinte rouge, qui n'est autre chose que l'image consécutive négative, et sur l'autre moitié la teinte verte complémentaire. L'image consécutive rouge a donc développé par induction la sensation du vert dans une partie de la rétine qui n'a été impressionnée que par du blanc. Cette expérience, que l'on peut varier de différentes manières, de façon à bien établir qu'il ne s'agit pas d'erreurs de jugements mais bien de sensations positives, démontre que toute impression de couleur se traduit par une modification plus ou moins persistante des éléments nerveux qui donne lieu à l'image consécutive, et que cette modification détermine, dans les parties non impressionnées une modi cation de sens contraire qui développe la sensation complémentaire par un phénomène analogue à ce qui se passe dans un corps que l'on aimante. »

L'image de l'hallucination se comporte comme l'image consécutive, elle peut déterminer comme elle une sensation induite, elle correspond donc à une modification matérielle des centres nerveux.

Il est nécessaire, pour que l'expérience réussisse, que la malade ait conservé dans l'état de veille la perception de la couleur dont on lui donne l'hallucination (on sait que la perception des couleurs est fréquemment altérée dans l'amblyopie hystérique). S'il y a un certain degré de daltonisme pour cette couleur, la sensation suggérée est confuse et la sensation induite ne se produit pas. Lorsque la malade distingue toutes les couleurs, elle trouve ainsi la complémentaire de chacune d'elles. Si la cécité ne porte que sur certaines couleurs, le résultat est singulier. Une malade voit le rouge, je suppose, et ne voit pas le vert, on ne peut pas en lui donnant l'hallucination du vert développer la sensation induite du rouge, mais en lui donnant l'hallucination du rouge qu'elle voit, on développe la sensation induite du vert qu'elle ne voit pas.

Nous avons varié l'expérience précédente, de la façon suivante. Au lieu du contraste simultané, nous avons cherché à produire le contraste successif, et nous sommes arrivés à un résultat analogue facile à prévoir.

La malade étant en somnambulisme, nous lui suggérons sur une feuille uniformément blanche, l'existence d'un petit carré de papier vert par exemple. Au bout de quelques instants, nous lui présentons une nouvelle feuille blanche, et lui faisant fixer un point noir marqué vers le milieu, nous lui demandons si elle ne distingue rien autre. Elle répond qu'elle voit un carré rouge, couleur complémentaire de la couleur verte d'abord suggérée [1].

1. Chez ce sujet l'expérience réussit également bien pour les autres couleurs à l'exception du violet qu'elle ne voit pas à l'état de veille. Le violet est noir pour elle. L'hallucination

Cette expérience réussit avec une constance remarquable. M. Charcot l'a répétée dans une de ses conférences cliniques de la fin du semestre d'été 1884. Elle nous montre l'idée suggérée d'une couleur, s'accompagnant dans le centre visuel cérébral d'une modification matérielle semblable à celle que détermine la vision de la couleur elle-même.

Le philosophe peut trouver dans cette expérience une preuve de la similitude qui existe entre les deux états de conscience qui constituent une sensation, et l'idée ou le souvenir de cette même sensation. Elle prouve également l'unité de siège, et l'identité de nature des modifications matérielles cérébrales qui accompagnent ces deux états de conscience différents (sensation et souvenir).

D'ailleurs cette expérience qui réussit si facilement à l'état hypnotique se retrouve dans l'état normal, et il n'est que juste de rappeler que Wundt l'avait déjà signalée : « Si les yeux fermés, nous tenons une image d'une couleur très-vive longtemps fixée devant l'imagination, et qu'après cela, ouvrant brusquement les yeux, nous les portions sur une surface blanche, nous y verrons durant un instant très court l'image contemplée en imagination mais avec la couleur complémentaire [1]. »

I. — Siège de l'hallucination. Extérioration.

L'hallucination hypnotique occupe toujours un certain point de l'espace; elle est extériorisée. Deux cas peuvent se présenter suivant la mode de la suggestion qui l'a fait naître. L'image hallucinatoire n'a pas de siège fixe. Elle apparaît en un point quelconque, partout où se porte le regard de la malade; c'est une véritable obsession à laquelle elle ne peut se soustraire. L'image hallucinatoire, pareille à l'image consécutive physiologique se déplace avec le regard, et vient masquer les objets réels sur lesquels se dirige la vue.

Ce n'est pas cependant le cas le plus fréquent, parce que, d'habitude, le mode de suggestion qui fait naître l'hallucination la localise aussi en un point, soit que la parole elle-même contienne cette indication, soit que le geste qui accompagne la traduise. L'objet hallucinatoire ainsi localisé ne se déplace plus que sous l'influence d'une nouvelle intervention de l'expérimentateur, sans quoi il reste invariablement rivé au

du violet n'est pas possible. Cette couleur n'apparaît pas davantage sous forme d'image consécutive. Si nous lui donnons l'hallucination du rouge orangé dont la complémentaire est le violet, l'image consécutive qui apparaît n'est pas colorée. La malade prétend voir un carré gris foncé. En somme l'image consécutive violette est de même nature que l'image sensorielle du violet. La différence n'existe que dans la vivacité de l'image, le gris foncé n'étant que du noir moins intense.

1. Cité par Ribot, in *Maladies de la mémoire*, pag. 11.

même point. Il y a, dans ce dernier cas, chez la somnambule, une facilité surprenante à saisir les moindres détails des objets réels qui doivent servir en quelque sorte de points de repère pour localiser l'hallucination. L'expérience suivante, bien souvent répétée par M. Charcot devant de nombreux auditeurs, en est une preuve.

Au milieu d'une vingtaine de feuilles de papier semblables, nous en choisissons une que nous marquons au verso d'un faible trait de crayon afin de nous permettre de la reconnaître. Puis nous suggérons à la malade mise en état de somnambulisme l'existence d'un portrait sur cette feuille, nous la plaçons ensuite au milieu des dix-neuf autres semblables. Si nous les lui présentons alors toutes successivement, nous pourrons constater qu'elle ne voit le portrait que sur celle qui a été le support de la suggestion, et que nous ne pouvons reconnaitre que grâce à la marque que nous avons faite. On remarque en outre, que la situation du portrait relativement à la feuille ne varie pas. Si nous lui présentons la feuille renversée suivant ses bords, elle voit le portrait la tête en bas, et lorsqu'elle le trouve ainsi, elle-même ne manque pas de le remettre dans son vrai sens.

Cette expérience montre, avec quelle vivacité l'impression partie d'un objet réel se grave dans la mémoire de l'hypnotique jusque dans ses moindres détails. Elle montre, en outre, comment une image sensorielle se fusionne avec une image hallucinatoire au point de ne faire qu'un même tableau et de se confondre dans une même image cérébrale dont la malade ne peut plus dissocier les éléments.

L'image hallucinatoire qui se meut, se rapproche ou s'éloigne, subit les changements de dimensions, c'est-à-dire paraît plus grande ou plus petite, dans des limites en rapport avec le déplacement. Quand nous lui montrons, par exemple, un oiseau qui s'envole et s'éloigne, elle le suit du regard, et, d'elle-même, indique qu'il devient plus petit. Ce n'est bientôt plus qu'un point au milieu des nuages. Ce fait a été relevé, comme il convient par M. Féré.

« Il faut remarquer dit-il que pour que l'objet soit toujours vu suivant les mêmes proportions, il faut que le plan sur lequel son image a été suggérée soit toujours à la même distance du sujet. Ainsi, supposons que l'hypnotique étant convenablement préparée, on place un ruban métrique sur une feuille de papier blanc et qu'on lui suggère l'idée que l'on marque un point noir en face de chaque division centimétrique : après le réveil de la sommanbule, on lui dit de marquer un trait sur chaque point imaginaire; elle fait une série de lignes qui sont toutes à égale distance, mais séparées par un intervalle plus grand qu'un centimètre. L'erreur est due à ce qu'il a fallu rapprocher le papier

pour tracer les lignes et que les intervalles, vus de plus près, ont paru plus considérables. En somme, cette erreur n'est qu'une preuve de plus de l'objectivité de la sensation. Quand l'objet sur lequel figure l'hallucination peut être éloigné ou rapproché, au gré de l'hypnotique, l'image est toujours vue avec ses dimensions exactes, comme le montre l'expérience suivante :

« Sur une feuille de papier blanc, nous plaçons une carte également blanche; avec une pointe mousse, mais sans toucher le papier nous suivons le contour du carton en suggérant l'idée d'une ligne tracée en noir. Quand le sujet est réveillé, nous lui demandons de plier le papier suivant ces lignes fictives; il tient le papier à la distance où il était au moment de la suggestion, et il le plie en formant un rectangle exactement superposable à la carte. »

Mais ici encore nous devons distinguer. Ce que nous venons de dire est vrai pour les objets hallucinatoires qui sont localisées dans un point précis de l'espace, qui ne se déplacent pas avec le regard du sujet, et se comportent en somme, vis-à-vis du sensorium du sujet, comme les objets réels au point que la distinction est impossible.

Mais il n'en est plus de même pour les images hallucinatoires qui se déplaçent avec le regard, et qui offrent avec les images consécutives physiologiques des analogies frappantes. Nous disons par exemple, à la malade endormie qu'elle voit un rond noir, dont nous indiquons les dimensions en traçant sur un papier avec une plume sans encre une circonférence imaginaire de quelques centimètres de diamètre. Nous ajoutons qu'elle aura toujours ce rond noir devant les yeux, et qu'elle le verra constamment quel que soit le point où elle dirige son regard. Nous la réveillons; l'hallucination persiste. Elle regarde de divers côtés puis se frotte les yeux comme si quelque chose gênait sa vision, enfin, sur nos questions, elle dit qu'elle voit un rond noir fort gênant partout où elle regarde.

Nous avons pu alors constater, que cette image hallucinatoire possède tous les caractères des images consécutives. Elle apparaît avec une grande netteté sur un écran blanc, et varie de dimension et d'intensité suivant la distance de l'écran. Elle est plus petite et plus foncée si l'écran est plus rapproché; plus grande et plus claire si l'écran s'éloigne. Elle se déforme si l'on incline l'écran; le cercle devient ovale. Elle le voit partout où se porte son regard, elle le voit même les yeux fermés. Tous ces faits nous ont été signalés, dès la première expérience tentée à ce sujet, par une malade qui certes, ne savait pas ce que c'était qu'une image consécutive et n'en avait certainement jamais perçu. On sait que pour percevoir ces sortes d'images, il faut une certaine attention, et une certaine habitude.

Le résultat de l'expérience est le même, si au lieu d'un cercle nous donnons l'hallucination d'une forme plus compliquée, telle que l'image d'un pigeon. Elle verra l'image de ce pigeon partout où se porteront ses yeux; sur un écran qui se rapproche ou s'éloigne, l'image du pigeon diminuera ou s'aggrandira; si l'écran est penché, elle se déformera, etc.

Cette image hallucinatoire offre une telle intensité qu'elle masque complètement les objets réels sur lesquels elle se fixe; ce qui n'est que l'exception pour l'image consécutive physiologique, qui, d'ordinaire, est transparente. Enfin nous devons signaler un dernier caractère par lequel elle s'éloigne des images consécutives physiologiques pour se rapprocher des hallucinations; elle est déviée et doublée par le prisme placé devant un des yeux.

J. — Suggestions inhibitoires. — Hallucinations négatives.

Nous avons vu jusqu'ici la suggestion jeter le trouble dans l'activité sensorielle au point de dénaturer les sensations (illusions), ou de les faire naître de toute pièce en l'absence de tout objet extérieur (hallucinations). Il y a plus encore et la suggestion peut agir en sens inverse, c'est-à-dire supprimer partiellement ou complètement l'action des sens. C'est ainsi qu'il suffit de dire à un sujet qu'il est privé de la vue, pour qu'aussitôt il ne distingue plus rien des objets qui l'environne, et devienne aveugle jusqu'au moment où il plaira à l'observateur de lui rendre, par une suggestion contraire, la faculté de voir. Et cela des deux yeux à la fois ou d'un œil seulement. Il en est de même pour tous les autres sens.

Au lieu d'être générale, la suppression de l'activité sensorielle peut être spécialisée, c'est-à-dire en rapport avec la perception d'un objet déterminé. C'est ainsi qu'à la volonté de l'observateur le sujet ne verra plus tel objet, distinguant parfaitement tout le reste, n'entendra plus tel bruit, percevant très-bien tout autre son qui viendra frapper son oreille, etc...

Les personnes comme les objets peuvent être pris pour but, de ces sortes de suggestions.

L'inhibition qui en est la conséquence, peut, suivant les circonstances, intéresser un seul sens ou tous les sens à la fois. En disant au somnambule, par exemple « tu ne verras plus M. X... » Elle peut l'entendre tout en persistant à ne pas le voir; d'ailleurs l'expérimentateur peut toujours à son gré supprimer toutes les images sensorielles relatives à un objet que, malgré sa présence réelle, elle ne peut alors ni voir, ni entendre, etc. En réalité cet objet n'existe plus pour elle.

On peut alors relever certains détails curieux. L'objet rendu invisible ne doit en aucune façon empêcher la vision des objets réels. En effet, si nous plaçons, par exemple, un large cahier rendu invisible au devant de notre figure, elle affirme qu'elle nous distingue parfaitement; mais elle est incapable d'indiquer d'une façon exacte, les modifications que nous imprimons à nos traits; par exemple, si nous fermons un œil, tirons la langue, etc... En réalité le cahier invisible fait donc bien office d'un corps opaque. L'œil remplit à son égard ses fonctions, comme à l'égard des autres objets; l'œil le voit, l'image visuelle cérébrale qui en est la conséquence, n'en existe pas moins, mais, de par la suggestion, cette image n'est pas perçue par la malade.

Nous pouvons concevoir alors comment l'image de la tête cachée persiste dans le centre visuel cérébral, sous forme d'image consécutive. Les expériences citées plus haut rendent fort vraisemblable cette interprétation; et nous trouvons là une preuve des caractères particuliers d'objectivité, que peuvent revêtir les images consécutives en état de somnambulisme, puisque dans l'image associée au phénomène de perception externe qui lui révèle la présence d'un individu la malade ne sait pas faire la part de ce qui est le résultat de l'impression actuelle des sens (le corps) et de ce qui, ayant sa source dans l'impression sensorielle antérieure (la tête), ne saurait plus être qu'une image sans objet, une véritable image consécutive. Cette expérience peut être variée de mille façons.

Les expériences suivantes viennent confirmer cette idée en apparence paradoxale, que, dans la suggestion inhibitoire, le sujet doit parfaitement bien distinguer un objet afin de ne pas le voir.

Entre dix cartons d'apparence semblable, nous en désignons un à la malade somnambule et celui-là seul sera invisible. A son réveil, en effet, nous lui présentons successivement les dix cartons, celui-là seul est invisible sur lequel nous avons pendant le somnambulisme attiré son attention. Si la malade se trompe quelquefois c'est que le point de repère vient à lui manquer et que les cartons sont trop semblables; de même si nous ne lui montrons, par exemple, qu'un petit coin des cartons, elle les verra tous. La même expérience répétée avec plusieurs objets semblables tels que des clefs, des thermomètres, donne les mêmes résultats.

Enfin la vision réelle mais inconsciente de l'objet rendu invisible est irréfutablement démontrée par l'expérience suivante. L'objet rendu invisible développe une image consécutive parfaitement perçue. Nous rendons invisible un petit carré de papier rouge, et nous le plaçons en un point d'une carte blanche que nous prions la malade de regarder

attentivement. Elle ne voit point le carré rouge, mais elle indique bientôt une raie verte dans son voisinage, et si nous lui faisons fixer une autre feuille de papier blanc, elle déclare voir un carré vert qui n'est autre que l'image consécutive du carré rouge, qu'elle n'a point perçu.

Somme toute, l'objet invisible est parfaitement vu, et les expériences rapportées plus haut, pourraient être retournées contre nous et invoquées pour établir que nous avons été la dupe d'une simulatrice. Bien que nous ne puissions donner ici une preuve matérielle et grossière, comme ça été jusqu'ici notre habitude, de la réalité de ces suggestions inhibitoires, nous avons de nombreuses raisons pour croire à leur existence et à la sincérité de notre malade.

Notre conviction s'appuie sur mille détails d'observation qui ne sauraient nous tromper. Dans l'intention de trouver une preuve de non-simulation, M. Féré a imaginé de rendre invisible un tamtam dont le moindre bruit rend instantanément cataleptique le sujet qui nous a servi pour ces expériences. Depuis, nous pouvons impunément en frapper à son oreille sans qu'il éprouve le moindre tressaillement.

Nous pensons donc que ces faits de suggestion inhibitoire, qui ont été décrits par d'autres auteurs et en particulier par M. Bernheim sous le nom d'hallucinations négatives, existent; mais qu'elles ne suppriment en aucune façon les impressions sensorielles variées produites par l'objet sur lequel porte l'hallucination. Seulement, en vertu d'un phénomène d'inhibition spécialisée, ces impressions sensorielles n'entrent pas dans le domaine de la conscience.

Il y a là envers les sensations actuelles un phénomène analogue à celui qui se produit dans l'amnésie vis-à-vis des « reliquats » laissés par les sensations passées et qui constituent le souvenir. Si le souvenir n'entre pas dans le domaine de la conscience, il n'existe plus pour nous, et cependant il n'en existe pas moins en lui-même, pour ainsi dire; les modifications matérielles des centres nerveux qui, ainsi que l'a parfaitement mis en lumière M. Ribot, constituent son siège anatomique, n'en existent pas moins. Elles peuvent être ramenées dans le champ de la conscience, c'est le cas des amnésies transitoires, et en particulier des amnésies expérimentales produites dans l'hypnotisme et que nous signalerons plus loin.

Un fait dont nous avons été témoin révèle le lien intime qui relie les phénomènes inhibitoires dont il est question ici aux phénomènes d'amnésie. — Notre ami Ch. Féré s'était choisi lui-même comme objet de l'hallucination inhibitoire donnée à notre malade. Au réveil il n'existait donc plus pour elle. Cette hallucination persista, rien n'ayant été fait pour la détruire. Les jours suivants, M. Féré était devenu pour

elle un étranger dont elle ne s'expliquait en aucune façon la présence et les allures. Et nous nous aperçumes alors que non seulement l'image sensorielle était supprimée, mais que la suggestion avait eu en quelque sorte un effet rétroactif, et tout ce qui de près ou de loin se rattachait à M. Féré était rayé de sa mémoire.

Au bout du sixième jour l'hallucination persistait dans toute son intensité. Nous eûmes du mal à la faire disparaître. Il fallut insister beaucoup pendant l'état de somnambulisme pour réveiller ses souvenirs et rendre vis-à-vis de notre ami sa perception normale.

K. — Illusions et hallucinations des sensations viscérales de la substance et de la personnalité.

La suggestion verbale qui peut troubler la perception externe, ainsi que nous l'avons vu dans les expériences précédentes, peut également provoquer des illusions ou hallucinations des sensations internes on viscérales. — Elle fait naître ainsi des mouvements dans les muscles qui sont en dehors du domaine de la volonté.

Nous asseyons B... à une table, que nous lui disons être richement servie. Nous l'engageons à boire des vins délicieux. Elle fait le geste de verser du vin dans un verre et de porter ce dernier à ses lèvres. Elle trouve le vin exquis. Nous l'exhortons à boire encore : « J'ai peur de me faire mal, » dit-elle. Nous la rassurons et les rasades se suivent. Bientôt nous lui disons qu'elle est grise. En effet, elle se lève et chancelle, elle marche comme une femme ivre, et porte la main à son estomac avec un air de souffrance. Il nous est possible de provoquer alors de véritables nausées, en lui disant qu'elle a mal au cœur et qu'elle vomit. Elle paraît même tellement souffrir que nous n'osons prolonger cette scène. Il suffit alors de lui affirmer qu'elle est guérie, qu'elle n'a plus rien, pour faire tout cesser à l'instant. Mais elle est aussitôt redevenue cataleptique.

Nous disons à Bar... qu'elle est sur le haut d'une tour. Elle en paraît fort contente, elle regarde en bas, décrit le panorama de la ville qui se déroule à ses pieds, etc... On lui demande si elle n'a pas peur. Elle répond non. Mais nous lui faisons remarquer que la balustrade manque, que son pied est tout près du bord et qu'elle va avoir le vertige. Alors elle commence à se troubler, regarde autour d'elle avec inquiétude. Et il suffit alors de lui affirmer qu'elle a le vertige, pour qu'aussitôt elle se couvre les yeux avec le bras et se laisse tomber à la renverse. Nous la recevons dans nos bras; elle est redevenue cataleptique.

Nous essayons de pousser encore l'expérience plus loin, nous avons déjà vu que, pendant cet état caleptique, il suffit de placer les bras de la malade dans l'attitude du début de l'attaque pour que celle-ci suive aussitôt. Maintenant nous entreprenons de lui affirmer simplement qu'elle a son attaque. Il y a un moment de stupeur et d'hésitation, mais, au bout de quelques secondes, une véritable attaque hystéro-épileptique se déclare, que nous arrêtons par la compression ovarienne. Cette expérience répétée bien des fois a toujours donné les mêmes résultats.

Cette malade pendant l'état de veille ne peut par sa seule volonté provoquer une attaque, mais l'expérience que nous venons de raconter n'en montre pas moins toute l'influence que, dans certaines conditions, une simple impression psychique peut exercer sur des phénomènes purement somatiques. Car ici il y a bien impression psychique; un bruit quelconque aux oreilles, des paroles qui ont un autre sens, la même phrase en langue étrangère n'ont, en aucune façon, la vertu de déterminer l'attaque. Il faut que les mots aient un sens et que ce sens soit compris de la malade. Alors l'impression psychique existe et si les mots signifient qu'elle doit avoir son attaque, immédiatement l'attaque a lieu.

L'hallucination peut porter sur la substance même du sujet en expérience qui, suivant le gré de l'expérimentateur, se croit en verre, en cire, en caoutchouc.... etc... On voit alors se développer, comme chez certains aliénés, un délire systématisé en rapport avec la nature de la suggestion. Si la malade se croit en verre, on la voit ne remuer qu'avec des précautions infinies de peur de se briser, etc...

La malade peut être également transformée en oiseau, en chien, etc... et on la voit s'exercer alors à reproduire les allures de ces animaux. — Elle parle cependant, et répond aux questions qu'on lui adresse, sans paraître s'apercevoir de ce qu'il y a de contraditoire dans ce fait d'un animal qui se sert du langage humain. Et cependant la malade affirme parfaitement voir et sentir son bec et ses plumes, ou son museau et son poil, etc... Des expériences encore plus intéressantes surtout au point de vue psychologique consistent dans le changement de personnalité. Un sujet sous l'influence d'une suggestion verbale, peut se croire M. X. ou Y. Il perd alors la notion de tout ce qui concourt à former sa propre personnalité, et crée à l'aide de ses souvenirs la personnalité nouvelle qui lui est imposée.

M. Ch. Richet en a cité de bien curieux exemples qu'il distingue sous le nom d'*objectivations des types*, parce que le sujet, au lieu de concevoir un type comme chacun peut le faire, le réalise et l'objective.

Ce n'est plus seulement à la façon de l'halluciné qui assiste en spectateur à des images se déroulant devant lui; c'est comme un acteur qui, pris de folie, s'imaginerait que le drame qu'il joue est une réalité, non une fiction, et qu'il a été transformé, de corps et d'âme, dans le personnage qu'il est chargé de jouer.

Voici quelques exemples de ces *objectivations.*

Sous l'influence de la suggestion verbale un de ses sujets, madame A.... subit les métamorphoses suivantes :

En paysanne. — (Elle se frotte les yeux, s'étire.) « Quelle heure est-il? Quatre heures du matin! » (Elle marche comme si elle faisait traîner ses sabots). « Voyons, il faut que je me lève! Allons à l'étable. Hue! la rousse! allons, tourne toi... » (Elle fait semblant de traire une vache.) « Laisse moi tranquille, Gros-Jean. Voyons, Gros-Jean, laisse-moi tranquille, que je te dis! Quand j'aurai fini mon ouvrage. Tu sais bien que je n'ai pas fini mon ouvrage. Ah! oui, oui! plus tard... »

En actrice. — Sa figure prend un aspect souriant, au lieu de l'air dur et ennuyé qu'elle avait tout à l'heure. « Vous voyez bien ma jupe. Eh bien! c'est mon directeur qui l'a fait rallonger [1]. Il sont assommants ces directeurs. Moi, je trouve que plus la jupe est courte mieux ça vaut. Il y en a toujours trop. Simple feuille de vigne. Mon Dieu, c'est assez. Tu trouves aussi, n'est-ce pas, mon petit, qu'il n'y a pas besoin d'autre chose qu'une feuille de vigne. Regarde donc cette grande bringue de Lucie, en a-t-elle des jambes, hein!

« Dis donc, mon petit! (Elle se met à rire) tu es bien timide avec les femmes; tu as tort. Viens donc me voir quelquefois. Tu sais, à trois heures, je suis chez moi tous les jours. Viens donc me faire une petite visite, et apporte-moi quelque chose. »

En général. — « Passez moi ma longue vue. C'est bien! C'est bien! Où est le commandant du premier zouave! Il y a là des Kroumirs! Je les vois qui montent le ravin... Commandant, prenez une compagnie et chargez-moi ces gens-là. Qu'on prenne une batterie de campagne... Ils sont bons, ces zouaves! Comme ils grimpent bien. Qu'est-ce que vous me voulez? vous...? Comment pas d'ordre? (*A part.*) C'est un mauvais officier celui-là; il ne sait rien faire. — Vous, venez... à gauche. Allez vite. (*A part.*) Celui-là vaut mieux... Ce n'est pas encore tout à fait bien. (*Haut.*) Voyons, mon cheval, mon épée! (Elle fait le geste de boucler son épée à sa ceinture.) Avançons! Ah! je suis blessé! »

En prêtre — (Elle s'imagine être l'archevêque de Paris : sa figure prend un aspect très sérieux. Sa voix est d'une douceur mielleuse et traînante qui contraste avec le ton rude et cassant qu'elle avait dans l'objectivation précé-

1. C'est une femme très respectable mère de famille et religieuse de sentiments, qui parle.

dente.) (*A part.*) « Il faut pourtant que j'achève mon mandement ». (Elle se prend la tête entre les mains et réfléchit.) (*Haut.*) « Ah ! c'est vous, monsieur le grand vicaire; que me voulez vous? Je ne voudrais pas être dérangé... Oui c'est aujourd'hui le premier janvier, et il faut aller à la cathédrale... Toute cette foule est bien respectueuse, n'est-ce pas, monsieur le grand vicaire? Il y a beaucoup de religion dans le peuple, quoiqu'on fasse. Ah! un enfant! qu'il approche, je vais le bénir. Bien mon enfant. » (Elle lui donne sa bague (imaginaire) à baiser. Pendant toute cette scène, avec la main droite elle fait à droite et à gauche des gestes de bénédiction...) « Maintenant, j'ai une corvée : il faut que j'aille présenter mes hommages au président de la République... Monsieur le président, je viens vous offrir tous mes vœux. L'Église espère que vous vivrez de longues années; elle sait qu'elle n'a rien à craindre malgré de cruelles attaques, tant qu'à la tête du gouvernement de la République se trouve un parfait honnête homme. » (Elle se tait et semble écouter avec attention.) (*A part.*) « Oui, de l'eau bénite de cour. Enfin! Prions! » (Elle s'agenouille.)

En religieuse. — Elle se met aussitôt à genoux, et commence à réciter ses prières en faisant force signes de croix, puis elle se relève.) « Allons à l'hopital. Il y a un blessé dans cette salle. Eh bien ! mon ami, n'est-ce pas que cela va mieux ce matin? Voyons! laissez-moi défaire votre bandage. (Elle fait le geste de dérouler une bande.) Je vais avec beaucoup de douceur; n'est-il pas vrai que cela vous soulage? Voyons! mon pauvre ami, ayez autant de courage devant la douleur que devant l'ennemi. »

Cet exemple suffit pour montrer comment s'opère cette transformation absolue de la personnalité dans tel ou tel type imaginaire. Ce n'est pas un simple rêve. C'est un *rêve vécu*, suivant l'expression de M. Ch. Richet.

L. — Parallèle entre les hallucinations visuelles et les images consécutives physiologiques.

Le rapprochement que nous établissons ici découle naturellement de quelques-unes des expériences rapportées précédemment mais le fait nous paraît assez important pour mériter d'attirer particulièrement notre attention et pour grouper dans un paragraphe spécial tout ce qui s'y rapporte. Nous entrerons tout d'abord dans quelques détails sur les images consécutives. Notre tâche se trouve singulièrement facilitée par les notes manuscrites qu'à bien voulu nous communiquer notre ami le Dr Parinaud. Nous ne saurions trop le remercier ici de son bienveillant concours qui donne à la partie spéciale de notre démonstration une autorité que personne ne contestera.

L'action de la lumière sur la rétine détermine dans l'appareil nerveux une modification persistante qui se traduit par une image consécutive,

de telle sorte que les effets d'une impression se prolongent après qu'elle a cessé et continuent à nous donner la sensation plus ou moins nette de l'objet si l'on se place dans des conditions convenables.

La production des images consécutives constitue un fait physiologique constant qui se prête à une observation rigoureuse, et qu'en raison des analogies sur lesquelles nous insistons ici nous sommes tentés de considérer, du moins en ce qui concerne l'impression fournie par la vision, comme le paradigme physiologique du fait pathologique qui constitue l'hallucination.

L'observation des images consécutives nécessite un certain exercice, car ces images toutes subjectives sont facilement effacées par les impressions qui se renouvellent incessamment sur la rétine et, en outre, nous prenons inconsciemment l'habitude de négliger ces sensations qui tendent à troubler la perception distincte des objets sur lesquels se fixe notre attention [1].

Les propriétés des images consécutives que nous désirons mettre en relief sont les suivantes.

a. *Elles sont positives ou négatives.* — L'image positive nous donne la représentation de l'objet tel qu'il est, avec conservation de l'intensité lumineuse relative des différentes parties et de la couleur. Dans l'image négative tout est renversé, comme dans le cliché d'une photographie, et la couleur est ordinairement complémentaire de celle de l'objet.

Placez un petit carré rouge sur une surface blanche vivement éclairée par le soleil et, après avoir tenu vos yeux quelque temps fermés, fixez rapidement le carré rouge (pendant une seconde environ) puis refermez vos yeux sans effort, en les recouvrant de la main pour les soustraire plus complètement à la lumière, vous verrez apparaître l'image du carré rouge avec sa couleur et une intensité lumineuse supérieure à celle du fond; c'est *l'image positive.*

Répétez la même expérience en fixant plus longtemps le carré rouge

1. Il y a d'ailleurs dans la faculté de percevoir ces images de grandes différences individuelles et on arrive par l'exercice à augmenter beaucoup leur intensité. « Après avoir été obligé, au début de mes expériences, dit M. Parinaud, de concentrer toute mon attention pour les percevoir, je les ai vues se développer indépendamment de ma volonté, d'une manière en quelque sorte gênante, surtout le matin au réveil. Cette remarque a été faite par plusieurs physiologistes. Helmholtz recommande d'interrompre les expériences quand les images deviennent trop vives et trop durables; il y voit un danger. En effet après la contemplation prolongée de certains objets ou l'impression sur la rétine d'une lumière trop vive, on peut voir se produire certains phénomènes qui s'écartent de l'état physiologique.

(une demi-minute); fermant les yeux, vous voyez apparaître la même image, mais au lieu d'être rouge, elle sera verte, de la teinte complémentaire, et au lieu d'être plus claire que le fond, elle sera plus sombre; c'est *l'image négative* [1].

b). *Les images consécutives sont extériorisées.* — L'observateur ne les considère jamais comme un phénomène entoptique. Il les localise en un point de l'espace et pour ainsi dire les projette sur un objet réel (d'ordinaire une feuille de papier blanc) qui fait office d'écran et leur sert pour ainsi dire de support.

Leur dimension paraît varier avec la distance. Elles s'agrandissent si l'écran s'éloigne, ou diminuent s'il se rapproche, dans le premier cas leur teinte tend à s'atténuer, tandis que dans le second elle s'accuse davantage. Il serait peut-être plus régulier de dire que ces modifications de l'image consécutive répondent au degré variable d'accommodation que nécessite la distance de l'écran qui sert de point de fixation. Enfin elles se déforment avec l'inclinaison de l'écran, elles s'allongent dans le sens de l'inclinaison.

c). *Les images consécutives sont des images cérébrales.* — Bien que localisées dans la rétine par tous les physiologistes leur siège cérébral a été récemment démontré par les expériences concluantes du Dr Parinaud.

Ce qui ne veut pas dire que ces images puissent être perçues sans participation de la rétine. Mais à chaque impression rétinienne correspond une modification persistante (image cérébrale) des centres cérébraux de la vision offrant tous les caractères d'une empreinte matérielle et comparable par bien des côtés à une réaction photographique. Nous

1. On peut varier l'expérience de bien des manières. « Bonacursius prétendit, contrairement au jésuite Kircher, qu'il pouvait faire en sorte qu'on vit aussi bien dans l'obscurité qu'à la lumière du jour et il eut raison en faisant regarder fixement à Kircher un dessin fixé dans une ouverture du volet d'une chambre obscure. On rendit l'obscurité complète et Kircher vit de nouveau distinctement ce dessin, en regardant un papier blanc qu'il tenait à la main » (Kircher, *Ars magna*, p. 162, cité par Helmholtz, p. 506, édit. franç.).

On obtient par ce dispositif des images accidentelles assez saisissantes, parce que l'obscurité et le repos complet de la rétine sont favorables à leur production. L'expérience suivante, qui est classique, donne également des images d'une grande netteté.

Dans une chambre éclairée par une seule fenêtre, vous fixez pendant une seconde un point de cette fenêtre, et vous refermez les yeux comme il a été dit. Après un moment de confusion vous voyez se dessiner dans le champ visuel obscur l'image positive de la fenêtre, et si votre regard s'est bien immobilisé sur le même point, vous distinguez parfois dans l'image subjective des détails qui ont passé inaperçus dans l'observation directe.

L'image positive peut être remplacée par l'image négative et reprendre de nouveau ses premiers caractères. Les images produites par une lumière éblouissante peuvent durer cinq et même dix minutes en passant d'une phase à l'autre. Leur coloration, dans ce cas, ne se modifie pas toujours dans le même sens et aussi régulièrement que l'intensité lumineuse. On produit à volonté le passage d'un état à l'autre soit en faisant varier la quantité de lumière qui pénètre à travers les paupières, soit en ouvrant les yeux devant une surface blanche ou grise, sur laquelle l'image s'extériore (Parinaud).

sommes donc autorisés à qualifier les images consécutives d'*images cérébrales* en prenant ce terme au sens précis et physiologique.

C'est là un point capital, conclusion naturelle des expériences de M. Parinaud, que, vu leur importance, nous reproduisons en note *in extenso*[1].

1. Voici les faits qui établissent que c'est dans le cerveau et non dans la rétine qu'il faut localiser les images consécutives.

a. *Une image accidentelle produite par l'impression d'un seul œil peut être extériorée par l'autre.* — M. Charcot, qui m'a suggéré l'idée de ces recherches m'a en même temps signalé une expérience peu connue, décrite en ces termes dans le *Traité de physiologie* de Béclard : « L'impression d'une couleur sur une rétine éveille sur le point identique de l'autre rétine l'impression de la couleur complémentaire. Exemple : Fermez l'un des yeux, fixez avec l'œil ouvert et pendant longtemps un cercle rouge : puis fermez cet œil, ouvrez celui qui était fermé, vous verrez apparaître une auréole verte. » (P. 863, édit. de 1866.)

Ainsi présentée, cette expérience prête à la critique ; sa formule énonce même une erreur ; mais, ramenée à sa véritable signification, elle renferme la démonstration de la proposition que je viens d'émettre.

Pour bien nous rendre compte de la nature de la sensation développée dans l'œil non impressionné, voyons d'abord ce qui se passe dans l'œil qui reçoit l'impression.

Fermant l'œil gauche pour le moment exclu de l'expérience, nous fixons un cercle rouge sur une feuille de papier blanc, ou mieux, un point tracé au centre du cercle, afin de mieux immobiliser l'œil. Après quelques secondes, le fond blanc perd de son intensité et la couleur elle-même s'obscurcit. Retirant le cercle rouge sans cesser de fixer le point, nous voyons apparaître, sur le papier, l'image du cercle coloré en vert et plus claire que le fond : c'est l'*image négative*. Ferme-t-on l'œil, après avoir disparu un instant, l'image se reproduit avec les mêmes caractères.

Répétons maintenant l'expérience de Béclard, c'est-à-dire, au moment où nous retirons le cercle, fermons l'œil droit impressionné et ouvrons l'œil gauche en fixant toujours le papier.

L'image du cercle n'apparaît pas immédiatement.

Le blanc du fond s'obscurcit tout d'abord, et c'est seulement alors que l'image se dessine colorée en vert et plus claire que le fond. C'est la même *image négative*, extériorée par l'œil gauche non impressionné, telle que nous l'avons reconnue dans l'œil droit qui a reçu l'impression[1].

On peut produire le même *transfert* avec l'image positive en variant les conditions de l'expérience.

L'extérioration de l'image accidentelle par l'œil qui n'a pas reçu l'impression implique forcément l'intervention du cerveau et, avec une grande probabilité, le siège cérébral de l'image elle-même. Je ne parle que de probabilité, car, ainsi que semble le faire Béclard, on peut admettre, par hypothèse, une modification de la rétine non impressionnée par une sorte d'action réflexe partant de l'œil opposé. L'hypothèse serait fausse, ainsi que le démontrent les expériences suivantes :

b. *Les images accidentelles qui suivent les mouvements intentionnels de l'œil ne se déplacent pas quand on dévie l'axe optique à l'aide du doigt.* — Une des raisons qui ont sans doute le plus contribué à la localisation des images accidentelles dans la rétine, c'est que, si l'on promène le regard sur un fond uni, gris de préférence, ces images se déplacent avec l'œil, traduisant avec une grande précision ses moindres mouvements. Elles se comportent, en un mot, comme des images rétiniennes. Mais, par un contraste bien remarquable, elles ne se déplacent plus dans les déviations non intentionnelles du globe, lorsque, par exemple, on déplace l'axe optique à l'aide du doigt. Si l'image est extériorée sur un fond, elle paraît bien se mouvoir au premier abord, mais il est facile de se convaincre que c'est l'effet d'une illusion. C'est le fond et non l'image consécutive qui se déplace. Si l'écran est assez étendu pour embrasser tout le champ visuel et assez uni pour que l'on n'ait pas la

1. M. Giraud-Teulon, qui a répété cette expérience, lui attribue les mêmes caractères. (Note inédite remise à M. Charcot.)

Ces images cérébrales se développent chez certaines personnes et dans certaines circonstances avec une intensité si grande, elles donnent si complètement la sensation d'un objet extérieur qui impressionnerait la rétine que l'on ne peut s'empêcher de les rapprocher des hallucinations, « On réussit parfois, dit Helmholtz, à voir l'image persistante avec tant de netteté et d'éclat qu'on croirait continuer à voir l'objet véritable. » Il arrive d'ailleurs que l'image accidentelle se développe plus ou moins longtemps après l'impression. Dans les faits de ce genre l'hallucination commence déjà à se caractériser.

Newton, par un effort d'attention pouvait faire reparaître une image consécutive produite par la fixation du soleil plusieurs semaines auparavant[1]. C'est en se basant sur ce fait qu'il semble avoir considéré les images consécutives comme étant de nature psychique.

Plusieurs jours après des examens microscopiques prolongés portant sur le même sujet, M. Pouchet voit apparaître, dans son champ visuel, l'image de ses préparations se superposant aux objets extérieurs[2].

Je rappellerai ici l'expérience de Wundt citée plus haut et qui consiste à faire apparaître l'image consécutive d'une couleur non plus immédiatement après l'avoir regardée, mais à la suite de la représentation mentale de cette couleur.

Tous ces faits se rattachent aux images consécutives par la relation évidente qui existe entre l'image sans objet et l'impression sensorielle qui en a été l'origine; d'autre part on ne saurait méconnaître dans la réviviscence et l'extérioration d'impressions sensorielles *antérieurement* reçues, les principaux caractères de l'hallucination.

Je puis citer quelques observations d'hallucinations visuelles surve-

sensation de son déplacement, l'image accidentelle reste immobile. Une épreuve non moins concluante résulte de l'impossibilité de produire le dédoublement de l'image lorsque les deux yeux ont été impressionnés et que l'on déplace l'un d'eux à l'aide du doigt, de manière à produire la diplopie des objets extérieurs. Enfin, si au lieu de projeter l'image accidentelle sur un écran, on l'observe les yeux étant fermés, on remarquera encore qu'elle se déplace dans la direction intentionnelle du regard, mais nullement dans les mouvements imprimés artificiellement au globe de l'œil.

Est-il nécessaire de faire remarquer que, si l'image avait un siège périphérique sur la rétine, cette différence dans les résultats obtenus par les deux espèces de mouvements ne devrait pas exister ? Une image persistante de la rétine se déplacerait dans la déviation mécanique du globe aussi bien que dans les mouvements intentionnels, au même titre qu'un sentome positif produit par une lésion de la macula.

Les images accidentelles ont donc un siège cérébral.

Dans le jeu normal des organes, elles sont extériorées par les parties de la rétine qui ont reçu l'impression. Grâce à cette propriété, indispensable pour que le sensorium ait la notion exacte de la position des objets dans l'espace, elles se comportent comme des images rétiniennes (*Société de biologie*, 13 mai 1882).

1. Newton, *Lettre à Locke*, in *Vie de Locke*, par lord King, Londres, 1830.

2. Pouchet, *Sur une espèce particulière d'images consécutives d'origine cérébrale*, Soc. de biologie, 5 mai 1882.

nues en dehors de toute aberration de la conscience et qui présentent très nettement quelques-uns des caractères des images consécutives. Ces faits différent des précédents en ce qu'ils rentrent très nettement dans le cadre pathologique, l'hallucination trouvant son origine dans des lésions matérielles de l'appareil de la vision. Nous les empruntons aux notes du Dr Parinaud.

Obs. [1]. Une dame vint me consulter pour une trombose de l'artère centrale de la rétine gauche. Elle ne tarda pas à être prise de symptômes de ramollissement sénile du cerveau imputable à la même cause que les accidents oculaires. Un jour elle voit dans l'encadrement de sa fenêtre une branche de lilas. Elle s'approche croyant que quelqu'un au-dehors tenait cette branche; elle ne voit personne et la vision disparaît. Elle comprit son erreur et vint me rapporter le fait comme une chose extraordinaire qui l'avait vivement étonnée. Mais elle ajoute que cette branche de lilas n'était pas fleurie; elle était seulement ornée de bourgeons entr'ouverts. Or l'on était précisément à l'époque où cette plante commence à bourgeonner. Sans nul doute l'hallucination n'était que l'extérioration d'une image cérébrale reçue antérieurement.

Obs. [2]. Une autre malade est prise dans la convalescence d'un érysipèle de la face d'une cécité presque absolue, qui d'ailleurs fut passagère et ne laissa à sa suite qu'un certain degré d'amblyopie, liée à une atrophie partielle des nerfs optiques. La lésion des nerfs, dans ce cas, reconnaissait comme cause intermédiaire une lésion centrale, mais les troubles cérébraux n'ont guère intéressé que l'appareil visuel et se sont traduits par des hallucinations au moment où la vision s'est rétablie. Après être restée à l'hôpital deux mois sans accidents cette malade est dirigée sur l'asile de Vincennes. Les hallucinations se reproduisent de nouveau et prennent nettement la forme que nous étudions, c'est-à-dire qu'elles sont caractériséespar la persistance ou réviviscence d'impressions visuelles réelles. Les lettres dorées d'une enseigne qu'elle a regardée en traversant les rues de Paris se projettent avec leur éclat métallique pendant une demi-heure sur tout ce qu'elle fixe. A la campagne, c'est un essaim d'oiseaux, qu'elle a vus sur une pelouse, qui apparaissent à chaque instant dans son champ visuel. Ces hallucinations se sont produites sans aucun autre trouble cérébral et avec la conscience parfaite, chez la malade, de leur caractère pathologique.

Il y a donc un groupe d'hallucinations de la vue qui se produisent en dehors de toute perversion de la conscience et sont essentiellement caractérisées par la réviviscence d'une impression visuelle antérieure, non plus à l'état de souvenir, mais d'images subjectives extériorisées et

1. Communiquée par M. le docteur Parinaud.

2. Communiquée par M. le docteur Parinaud qui a déjà publié l'histoire de cette même malade à un autre point de vue in *Arch. gén. de méd.*, juin 1879 : *De l'atrophie des nerfs optiques dans l'érysipèle de la face.*

tellement vives qu'elles ne diffèrent pas de la sensation que donnerait une impression rétinienne. On ne peut pas établir, fait justement remarquer M. Parinaud, de limite précise entre ce genre d'hallucination et les images consécutives physiologiques.

Les expériences sur les sujets hypnotisés viennent compléter cette démonstration en nous faisant toucher du doigt pour ainsi dire la transformation de l'image consécutive en image hallucinatoire. Nous montrons à la somnambule un objet réel qui, suivant les lois de la physiologie, pourra donner lieu à la formation d'une image consécutive. Cette image disparaîtra au bout d'un temps relativement assez court. Jusque là rien d'anormal. Mais si avant que cette image disparaisse nous *suggérons* au sujet qu'il continuera à la voir, cette image persistera et ne différera plus d'une véritable hallucination.

J'ai rapporté plus haut comment on pouvait, en quelque sorte, faire naître de toutes pièces chez le sujet hypnotisé, des images consécutives sans perception sensorielle antérieure immédiate et qui sont de véritables hallucinations. Avec autant de vérité nous pouvons dire que nous avons eu affaire à une variété d'hallucination expérimentale possédant tous les caractères des images consécutives (Voy. p. 723 et 724).

Je rappellerai également avec quelle facilité, dans l'état de somnambulisme, la vision des objets réels forme des images consécutives qui deviennent de véritables images hallucinatoires. C'est ainsi que nous pouvons comprendre la persistance de la vision des objets réels, malgré l'interposition d'un écran (Voy. p. 712), la diplopie et la polyopie monoculaire par l'interposition du prisme (Voy. p. 713), enfin le mélange si frappant des objets imaginaires et des objets réels dans un même tableau, si bien que le malade est dans l'impossibilité absolue de distinguer, entre les différentes images qui le composent, celles qui répondent à une impression sensorielle actuellement perçue de celles qui existent en l'absence de l'objet réel et répondent à une impression sensorielle perçue antérieurement.

Les expériences rapportées plus haut et relatives à l'action du prisme sur les images hallucinatoires nous permettent un nouveau rapprochement entre les hallucinations et les images consécutives.

Comme on pouvait le supposer *a priori* les images consécutives, étant des images cérébrales ou, autrement dit, purement subjectives, ne sauraient être directement influencées par les modifications qu'on peut faire subir aux rayons lumineux qui impressionnent la rétine. Les images consécutives ne sont pas doublées par l'interposition du prisme

au devant d'un des yeux. C'est ce qu'on peut d'ailleurs démontrer expérimentalement de la façon suivante :

Regardez fixement, avec un seul œil, une petite bande de papier rouge sur fond blanc; après une demi-minute, glissez entre l'œil et la bande un prisme de 15° à base supérieure, en tenant le regard immobile, sans chercher à suivre la bande dans son déplacement. Vous voyez alors l'image consécutive verte se détacher de la partie supérieure de la bande rouge. Pour vous assurer que l'image seule du papier s'est déplacée et que l'image consécutive n'a pas subi de déviation en sens inverse, recommencez l'expérience en ne couvrant avec le prisme, qu'une partie de la bande rouge, l'image consécutive, si l'œil ne s'est pas déplacé, prolonge exactement la partie de la bande qui n'a pas subi la déviation prismatique. (Expérience due à M. Parinaud.)

On peut varier l'expérience de la façon suivante : vous fixez avec les deux yeux un petit carré de papier rouge, puis vous reportez votre regard sur une feuille de papier blanc au milieu de laquelle se trouve un petit point noir destiné à servir de point de fixation. Vous voyez bientôt apparaître autour du point noir l'image verte consécutive du carré rouge. Si vous placez alors un prisme au devant d'un des yeux, vous verrez le point noir se dédoubler, mais il y aura toujours qu'un carré vert.

Ainsi donc l'image subjective n'est ni déplacée ni doublée par le prisme. Il en serait de même si, au lieu de se servir du prisme, on déplaçait par pression l'un des globes oculaires.

Mais n'avons nous pas montré, dans des expériences précédentes, comment les objets hallucinatoires de même que les objets réels pouvaient être doublés par l'emploi de procédés semblables : pression sur le globe oculaire, interposition du prisme? Il semblerait donc, qu'à ce point de vue du moins, les hallucinations dussent différer complètement des images consécutives. Ce n'est pas là cependant l'expression de la réalité, Ici, comme ailleurs, l'analogie entre les hallucinations et les images consécutives est complète.

Si dans les expériences rappelées tout à l'heure, l'interposition du prisme, par exemple, dédouble l'image hallucinatoire, c'est par un mécanisme détourné, sur la nature duquel nous pouvons émettre des hypothèses variées. Mais, comme le bon sens peut le faire supposer *a priori*, aucun agent physique ne saurait agir directement sur une image cérébrale et purement subjective, telle que l'image hallucinatoire. D'ailleurs des expériences rapportées plus haut mettent ce fait hors de doute. Je me contenterai de rappeller celle qui consiste à donner sur une même feuille une double hallucination visuelle unilatérale. Chacun

des yeux perçoit une hallucination différente. Dans la vision binoculaire, les deux images hallucinatoires se superposent. Qu'arrive-t-il si nous plaçons un prisme au devant d'un des yeux? Au lieu de séparer les deux images confondues, comme cela devrait avoir lieu si le prisme agissait directement sur elles, il arrive qu'elles sont doublées ensemble, et que le sujet déclare voir quatre images (Voy. p. 717).

Enfin comme dernier rapprochement entre les hallucinations et les images consécutives je signalerai le mode de disparition spontanée de certaines hallucinations hystériques qu'il nous a été donné d'observer bien des fois.

L'image consécutive, lorsqu'elle est très vive, peut, comme d'ordinaire l'hallucination, masquer les détails des objets réels au-devant desquels elle vient se placer. Puis en s'atténuant elle devient en quelque sorte transparente, si l'image est colorée, la teinte s'atténue progressivement jusqu'à ce qu'elle disparaisse complètement.

Il se passe quelque chose de semblable pour certaines hallucinations. Tout d'abord l'image hallucinatoire possède pour ainsi dire la plasticité des objets réels au milieu desquels elle se localise. Mais si l'hallucination commence à disparaître, la vivacité de l'image s'efface; les objets réels qu'elle masquait complètement commencent à apparaître au travers d'elle. Cette transparence augmente par degré jusqu'au moment où l'image disparaissant tout à fait, semble se fondre dans l'air. Les malades décrivent parfaitement ce mode de disparition de l'hallucination.

De ce qui précède nous pouvons conclure que, dans l'hallucination comme dans l'image consécutive, il existe une modification cérébrale aussi positive que celle qui résulte de la perception sensorielle normale. Cette image cérébrale qui est extériorisée existe matériellement et elle est identique à celle que détermine l'impression d'un objet sur la rétine.

De plus, de même que l'image consécutive, l'image hallucinatoire, au moins dans certains cas (il n'est pas question ici des *illusions*), est purement subjective et existe en dehors de toute impression sensorielle actuelle née de la réalité objective.

Physiologiquement l'hallucination est une image consécutive à longue échéance.

La vue d'un objet, par exemple, détermine par l'intermédiaire des sens une image cérébrale que notre sensorium apprécie et qui nous conduit à affirmer que nous voyons tel objet. En l'absence de cet objet, immédiatement après sa soustraction et pendant de courts instants (image consécutive) ou longtemps après et pendant un temps indéfini

(hallucination) l'image cérébrale de ce même objet peut, sous des influences spéciales, persister ou se réveiller avec des caractères identiques à ceux qui ont leur source dans la présence même de l'objet.

. . . .

Il me semble que nous pouvons trouver dans les faits exposés plus haut les bases physiologiques d'une théorie des hallucinations. Mais la question est complexe et si elle tient à la physiologie par un côté, elle pousse de l'autre de nombreuses ramifications dans le domaine psychologique. Nous ne saurions sans sortir de notre cadre aborder ici ce côté de la question que nous nous réservons de reprendre ailleurs. Quelques mots suffiront pour en donner un aperçu. Lorsqu'il s'écoule un certain temps entre l'impression sensorielle objective et sa réviviscence sous forme d'image consécutive ou d'hallucination, une interruption, un vide apparent existe dans la succession des phénomènes, et les faits physiologiques étudiés jusqu'ici sont impuissants à le combler. La psychologie nous fournit le chaînon intermédiaire.

L'impression cérébrale conséquence de l'action d'un objet sur nos sens et qui constitue la sensation, ne disparaît pas complètement après que cet objet a cessé d'agir. Elle laisse quelque chose d'elle-même, une trace, un reliquat, un résidu, comme une copie, une empreinte atténuée. Ces restes de sensations antérieures forment, ainsi que l'a si clairement exposé M. Ribot dans un livre récent, les bases organiques de la mémoire.

Le souvenir n'est que l'impression renouvelée et l'on doit considérer comme presque démontré, dit Bain, que l'impression renouvelée occupe exactement les mêmes parties que l'impression primitive et de la même manière.

Le nombre des faits et des inductions en faveur de cette thèse est si grand, ajoute M. Ribot, qu'elle équivaut à une certitude et il faudrait des raisons bien puissantes pour l'ébranler (page 11).

S'il était besoin de nouvelles preuves à l'appui de cette manière de voir aujourd'hui généralement admise nous pourrions en relever un certain nombre parmi les faits que nous avons rapportés.

Nous pouvons donc dire que psychologiquement, l'hallucination est une image-souvenir qui passe à l'état d'image sensorielle, un *état faible* de la conscience qui, par un mécanisme tout intime et sans participation de l'impression sensorielle, passe à l'*état vif* pour nous servir des expressions des philosophes anglais.

Mais ce n'est pas tout et la psychologie moderne nous permet d'entrer plus avant dans le mécanisme de l'hallucination. Le processus psychologique de l'idéation tel qu'il a été établi par l'école anglaise, l'idée d'un objet se composant de tout un groupe d'images mentales, reliquats de sensations antérieures relatives à cet objet (images sensorielles communes et images motrices communes) ; la part que prennent dans la constitution de l'idée les images mentales conservées dans les centres qui forment l'appareil du langage (images sensorielles spéciales, images motrices spéciales) ; la grande loi de l'association, association entre les impressions des différents sens relatives à un même objet, association entre les reliquats de ces sensations, association entre les sensations d'une part et les reliquats de sensations antérieures ou images

mentales d'autre part — d'où résulte que ce complexus qui forme l'idée peut être complet à la suite de l'éveil d'une seule de ses parties constituantes; — la perception externe se composant de deux groupes d'éléments associés, sensations et images mentales, parmi lesquelles il faut compter, en outre des images sensorielles, les images motrices conséquence des mouvements nécessaires à l'exercice des sens; enfin la réviviscence possible de toutes ces idées ou images mentales (sensorielles et motrices), leur retour à l'*état vif* sans participation de l'impression sensorielle actuelle (pour les images sensorielles) ou de l'action effective des organes des sens (pour les images motrices); tels sont les principaux points sur lesquels pourrait s'appuyer la partie psychologique de la théorie des hallucinations.

§ 2. — PHÉNOMÈNES D'AMNÉSIE PROVOQUÉE

Nous avons vu qu'un certain nombre des expériences qui précèdent supposent la suppression momentanée du champ de la conscience de certaines notions conservées dans la mémoire. Ce sont là, en somme, des phénomènes secondaires d'amnésie qui sont venus s'adjoindre à titre d'accompagnement ou de conséquence plus ou moins nécessaires aux troubles psychiques variés directement provoqués.

Mais l'amnésie peut apparaître isolément, et la suggestion verbale peut effacer, du moins momentanément, tout ou partie seulement des impressions durables qui composent la mémoire. Si nous prenions la mémoire dans son acception la plus large et aussi la plus vraie, au sens biologique, nous verrions qu'un très grand nombre des phénomènes hypnotiques pourraient être rattachés aux troubles de la mémoire. Mais nous ne considérons ici que ce qu'on est convenu d'appeler la mémoire psychique.

L'expérience qui consiste à faire oublier au sujet somnambulique un mot, son nom, par exemple, est aujourd'hui banale.

L'amnésie peut aussi porter isolément sur les différentes formes de la mémoire, la mémoire des mots, la mémoire des chiffres, la mémoire des faits relatifs à un événement déterminé, etc... ou bien sur toutes ces mémoires à la fois.

A vrai dire, dans tous ces cas, il ne saurait être question d'une suppression réelle des modifications intimes apportées aux éléments nerveux et qui sont comme le fonds de la mémoire. La suggestion ne détruit pas. Elle s'adresse plus particulièrement à cette partie de la mémoire en dehors de laquelle la mémoire peut bien exister en elle-même, mais sans laquelle, la mémoire ne saurait exister pour elle-même et qu'on a appelée la faculté de réviviscence.

§ 3. — PARALYSIES PSYCHIQUES

On peut, par suggestion, modifier l'état de la motilité chez les sujets hypnotisés, et, à volonté, produire des paralysies des membres plus ou moins étendues. Ces paralysies, suivant le gré de l'observateur sont flasques ou avec rigidité musculaire plus ou moins grande. Le Dr Bernheim, dans un récent travail, a cité des faits de cet ordre. Il a, de plus, montré qu'ils pouvaient être obtenus chez les sujets hypnotisables en dehors de tout état hypnotique. Cette question a fait également l'objet d'une intéressante communication de M. Bottey à la Société de Biologie. Nous même, vers la même époque, en collaboration avec M. Gille de la Tourette, avons fait une communication sur le même sujet à la même Société.

Tous ces faits de paralysies psychiques expérimentales viennent corroborer et éclairer l'histoire encore confuse des troubles de la motilité survenant chez des sujets sains ou tout au moins paraissant l'être, et en particulier de cette forme de paralysie décrite par Russell Reynolds en 1869, paralysie suggestive, « dependent on idea », suivant l'expression de l'auteur anglais, et dont l'existence était confirmée par Erb en 1878.

Mais il semble, ainsi que l'a fait remarquer M. Charcot, que tous les auteurs qui ont étudié les paralysies suggestives soit spontanées, soit produites expérimentalement, aient eu pour but unique de rechercher les conditions nécessaires à leur production. Ils ont, en effet, complètement laissé dans l'ombre les phénomènes cliniques qui ont pour siège le membre paralysé.

Suivant la méthode préconisée depuis longtemps par M. Charcot notre but a été tout autre et une fois la paralysie produite nous avons recherché avec soin quels étaient les signes qui pouvaient permettre d'en affirmer l'existence et la différencier, si possible, des autres paralysies dites organiques.

Je rapporterai d'abord quelques-unes des expériences faites à ce sujet.

Ces expériences ont été répétées sur divers sujets dans des conditions différentes, pendant l'état cataleptique et pendant l'état de somnambulisme. Les résultats obtenus ont été les mêmes à peu de choses près Je consignerai ici des faits des deux ordres.

Contracture par impression psychique pendant la période cataleptique. Persistance au réveil.

10 avril 1883. B... hystéro-épileptique. Elle n'est plus anesthésique. Hypnotisée par les procédés ordinaires.

a. Pendant la période cataleptique, son attention est attirée sur sa main droite, pendant qu'on lui suggère, en l'affirmant à haute voix, que ses doigts se ferment et que sa main se contracture. En même temps que la suggestion impressionne le cerveau du sujet, on voit les doigts de la main indiquée se fléchir peu à peu, en quelques instants le poing est complètement et énergiquement fermé.

Le souffle sur le visage réveille instantanément la malade. La main droite garde l'attitude qu'on vient de lui faire prendre par suggestion pendant l'état cataleptique, et l'on peut constater qu'il s'agit-là d'une véritable contracture qui immobilise tous les doigts dans la flexion forcée et les maintient dans cette attitude avec une énergie que les plus grands efforts de l'expérimentateur ou de la malade elle-même ne peuvent vaincre. La sensibilité n'est aucunement modifiée : elle existe au même degré qu'avant l'expérience et la malade se plaint de souffrir de la pression des doigts et des ongles dans la paume de la main.

Elle y ressent une sensation de chaleur anormale. Toutes les tentatives qui ont pour but de modifier l'attitude de la main sont très douloureuses.

Le poignet, le coude et l'épaule ne sont point le siège de raideurs. Ces articulations se laissent facilement mouvoir dans les différents sens, mais le bras tout entier n'en est pas moins impotent et la malade elle-même ne peut soulever son membre.

Un aimant en fer à cheval est appliqué les pôles en regard de la main gauche. Au bout d'un quart d'heure, il ne s'est produit aucune modification dans la motilité ni dans la sensibilité des parties. La contracture persiste toujours dans les mêmes conditions. L'aimant est retiré.

La malade est endormie de nouveau. Pendant l'*état léthargique*, l'excitation mécanique des muscles extenseurs des doigts n'arrive pas à modifier l'attitude de la main. En excitant tour à tour les muscles de la face antérieure ou postérieure de l'avant-bras, on voit le poignet se fléchir ou s'étendre, mais les doigts restent toujours fermés de la même façon, et les nouvelles contractures provoquées en vertu de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire spéciale de l'état léthargique sont sans influence sur la contracture existante et produite par impression psychique pendant l'état cataleptique.

La malade est plongée alors dans l'*état somnambulique* par la friction sur le sommet de la tête. Dans cet état, l'hyperexcitabilité neuro-musculaire n'existe plus, mais les excitations cutanées légères produisent la contracture qui peut être détruite par des excitations semblables. Ces nouveaux procédés pour provoquer et détruire la contracture demeurent sans effets contre la contracture du poing fermé de notre sujet.

Enfin ce sujet est mis de nouveau en *catalepsie*. On attire alors son regard sur sa main fermée, et on affirme que les doigts s'ouvrent et que la contracture disparaît. En même temps on voit les doigts s'étendre peu à peu, la main

s'ouvrir et la contracture cesser complètement. La malade est réveillée. Il n'y a plus de trace de contracture, les ongles ont marqués fortement leur empreinte dans la paume de la main que la malade dit être douloureuse.

b. Pendant l'état léthargique, la contracture de la main en flexion est produite par l'excitation mécanique des muscles fléchisseurs. La malade est plongée ensuite dans l'état cataleptique. La suggestion est impuissante à résoudre cette contracture. Le regard du sujet a beau être attiré sur la main fermée, on a beau suggérer que la main s'ouvre, la contracture ne bouge pas.

La malade est réveillée et la contracture persiste. L'application de l'aimant près de la main non contracturée produit très rapidement le transfert de la contracture qui passe sous l'influence de l'aimantation d'une main à l'autre. En définitive, la contracture est détruite par le retour à l'état léthargique et l'excitation des antagonistes.

c. Pendant la phase somnambulique, la contracture de la main en flexion est obtenue par les passes. Au réveil, la contracture persiste. On fait plusieurs tentatives infructueuses de transfert par l'aimant qui reste appliqué un quart d'heure. Nouvelle hypnotisation. Pendant l'état léthargique, l'excitation mécanique des masses musculaires ne détruit pas la contracture. Le poignet comme précédemment se fléchit dans un sens ou dans l'autre, mais le poing reste toujours fermé. La malade est alors mise en état de catalepsie, le regard est attiré sur la main et la suggestion vient à bout de cette contracture qui avait été produite par les passes pendant l'état somnambulique. On dit à la malade que sa main s'ouvre et en même temps les doigts se défléchissent, la contracture disparaît.

Paralysie par impression psychique pendant la période cataleptique. Persistance au réveil.

12 mai 1883. On hypnotise B... et pendant la catalepsie on lui suggère que son bras droit est complètement paralysé ; bientôt en effet il retombe inerte le long du corps. On la réveille, la paralysie persiste, on inscrit alors une secousse musculaire faradique au moyen de l'appareil de Marey et elle déclare ne pas sentir le passage de l'électricité, passage qui, il y a quelques minutes avant l'hypnotisation, l'impressionnait d'une manière très désagréable.

La forme de la secousse paraît être la même qu'avant l'hypnotisation : mais sa hauteur est bien plus considérable. Au bout d'un certain nombre de secousses la malade qui, au début, était dans l'impossibilité d'exécuter le plus petit mouvement même des doigts, commence à remuer la main. A ce moment, la hauteur des secousses diminue.

On endort de nouveau la malade et on constate que pendant l'état cataleptique le bras paralysé ne conserve pas les situations communiquées. On lui suggère que la paralysie a disparu, et bientôt les propriétés cataleptiques du membre reparaissent. Au réveil, toute trace de sentiment d'impuissance a disparu.

On endort la malade une troisième fois et pendant la catalepsie on paralyse le bras droit par la friction du tendon du triceps. En inscrivant les secousses musculaires faradiques, on voit qu'elles sont plus hautes qu'avant l'expérience,

mais qu'elles diminuent promptement de hauteur quand les mouvements reviennent. On cherche à faire disparaître la paralysie par des frictions pendant la période léthargique mais elles sont insuffisantes, et les mouvements ne reviennent que par la faradisation.

Il résulte des expériences précédentes que la secousse musculaire faradique, sans changer de forme, acquiert une plus grande hauteur pendant l'état de paralysie provoquée pendant l'hypnotisme et persistant au réveil, — que la paralysie obtenue pendant l'état cataleptique soit due à la suggestion ou à l'excitation mécanique.

15 Mai. — La sensibilité de la malade est complète : elle voit bien les couleurs. Hypnotisation. Pendant la période cataleptique on lui suggère que son bras droit est paralysé et on la réveille. Au bras droit, *anesthésie complète à la piqûre* : impossibilité des mouvements volontaires. Au bout de quelques minutes, la sensibilité est revenue, mais l'impuissance motrice persiste. Les *réflexes tendineux sont plus accusés au membre paralysé* qu'à l'autre.

Pendant l'état léthargique on constate dans le membre paralysé, à droite, que les muscles ont perdu leur hyperexcitabilité. Pendant la période cataleptique, disparition de la paralysie par voie suggestive. Au réveil, tout est redevenu normal : les réflexes tendineux sont à peine marquées des deux côtés.

On hypnotise de nouveau la malade et pendant la période cataleptique on paralyse son avant-bras droit par l'excitation mécanique des nerfs et des muscles. Au réveil, anesthésie existant dans le bras droit, la moitié du cou et de la face, les jambes sont restées sensibles.

Nouvelle hypnotisation. — Pendant la période léthargique, le massage ne peut pas faire disparaître la paralysie, pas trace d'hyperexcitabilité neuro-musculaire dans ce membre Dans la période somnambulique les excitations superficielles de la peau du membre paralysé ne donnent aucun résultat, mais on fait disparaître la paralysie, par l'impression psychique, du moins partiellement, pendant la période cataleptique. Le membre garde peu de temps les positions communiquées et retombe lentement. Au réveil, elle est incapable d'exercer une pression sur le dynamomètre avec cette main, tandis que du côté gauche elle arrive à trente kilogrammes. Elle est anesthésique totale.

Faradisation du membre paralysé : au bout de deux à trois minutes, toute paralysie a disparu, l'examen dynamométrique donne :

Main droite..	30
Main gauche..	31

Il résulte des expériences précédentes que :

1° La paralysie provoquée s'accompagne d'anesthésie cutanée ou musculaire au moins transitoire.

2° La paralysie s'accompagne d'exagération des réflexes tendineux. Le membre paralysé a perdu toute tendance à la contracture aussi bien pendant l'état léthargique ou somnambulique que pendant la veille. Pendant l'état cataleptique, il ne garde plus les situations communiquées.

3° La paralysie obtenue par suggestion disparaît complètement par l'emploi du même procédé.

4° La paralysie obtenue par massage sur le membre ne disparaît que d'une façon très incomplète par voie de suggestion. La faradisation légère du membre est le procédé le plus efficace pour la faire disparaître rapidement et complètement.

23 Mai. — Nous avons vu dans les expériences précédentes que la paralysie obtenue par la friction du membre pendant l'état cataleptique persistait au réveil et disparaissait alors facilement par la faradisation du membre. Nous constatons aujourd'hui qu'il n'en est pas de même si la paralysie a été obtenue par suggestion pendant l'état cataleptique. Les muscles conservent leur excitabilité électrique, mais la faradisation même prolongée ne ramène pas le mouvement volontaire. Le retour à l'état cataleptique et une suggestion nouvelle sont les seuls moyens de la faire disparaître.

Nous avons recherché dans d'autres expériences comment se comportait cette double forme de paralysie (par suggestion et par excitation mécanique) sous l'influence de la faradisation portée directement sur les centres nerveux.

Comme il s'agit de la paralysie du membre supérieur, la faradisation a été portée :

a) A la moelle au niveau du renflement cervical.

b) Au cerveau, aux points de la boîte crânienne correspondant à la zone motrice corticale (du côté opposé à la paralysie).

Nous sommes arrivés aux résultats suivants :

(Les expériences ont été faites avant le réveil du sujet pendant l'état cataleptique.)

A. — La paralysie est obtenue par friction sur le membre supérieur.

a. La faradisation musculaire montre que le muscle a conservé ses propriétés électriques, mais elle ne fait point disparaître la paralysie contrairement à ce que nous avons vu survenir dans les expériences précédentes qui étaient faites d'ailleurs après le réveil du sujet. Le membre reste lourd et inerte ; il ne reprend pas les propriétés de l'état cataleptique.

b. La faradisation est alors portée sur la moelle et au bout de très peu d'instants le membre paralysé redevient cataleptique. Toute trace de paralysie disparaît. Cette expérience a été répétée plusieurs fois et a toujours donné le même résultat avec la plus grande netteté.

c. Si la faradisation est portée sur l'encéphale, la paralysie n'est aucunement modifiée.

B. — La paralysie est obtenue par suggestion.

a. La faradisation musculaire ne fait pas cesser la paralysie comme dans l'expérience précédente.

b. La faradisation de la moelle qui tout à l'heure donnait des résultats si rapides et si saisissants reste également inefficace.

c. La faradisation de l'encéphale demeure aussi sans influence sur la paralysie. On peut se demander, à ce propos si l'électricité pénètre réellement jusqu'aux centres corticaux qui tiennent les mouvements du bras sous leur dépendance. Rien ne le prouve en effet. Mais je me contente de rapporter ici sans commentaires les faits expérimentaux.

Paralysie et contracture suggérées pendant l'état de somnambulisme.

4 Mars 1884. — Witt... Mise en état d'hypnotisme par la fixation du regard. — L'*état léthargique*, présente les caractères habituels : hyperexcitabilité neuro-musculaire, inertie cérébrale, impossibilité d'impressionner le sujet par les différents procédés suggestifs. Pas d'automatisme, pas d'hallucination provoquée.

Le soulèvement des paupières amène aussitôt l'état cataleptique. La suggestion par le sens musculaire est seule possible, et se présente avec des caractères très accusés. Les attitudes variées imprimées aux membres déterminent aussitôt une expression correspondante de la physionomie. Réciproquement l'électrisation des divers muscles de la face s'accompagne de mouvements des membres en rapport avec l'expression que le muscle électrisé imprime au visage. Mais tous les autres modes de suggestion que nous avons vus développés à un si haut degré chez d'autres malades telles que B... par exemple, n'existent point chez Witt... — Hormis le sens musculaire, tous les sens, pendant l'état cataleptique, sont fermés aux impressions du dehors. Aucune autre excitation sensorielle n'est suivie d'actes automatiques. En conséquence pas d'illusions ni d'hallucinations provoquées.

Mise en *somnambulisme* par la friction sur le vertex, toutes les illusions ou hallucinations sont alors possibles, quel que soit le sens auquel on s'adresse. Elle obéit au geste, à la voix, mais non sans une certaine résistance. Les phénomènes de sensibilité élective sont très développés.

Paralysie et contracture par suggestion. — En affirmant à Witt... que son membre supérieur droit, par exemple, est paralysé on détermine bientôt une impuissance motrice réelle de ce membre, pourvu que l'on mette un peu d'insistance et d'autorité dans l'affirmation. — Au début, en effet, Witt... remue son membre comme pour s'assurer de la réalité de ce qu'on lui dit. Son geste semble répondre : « Mais vous vous trompez, puisque vous voyez bien que je puis remuer mon bras. » Mais ce geste est timide et n'a rien de l'assurance d'une personne sûre d'elle-même. Si vous réitérez alors l'affirmation, vous voyez la malade remuer son membre de plus en plus difficilement. Et bientôt toute résistance cesse, le bras retombe inerte le long du corps, la suggestion est maîtresse et la malade incapable de faire exécuter à son membre le plus léger mouvement.

Nous constatons alors que les réflexes tendineux, au poignet et au coude, qui, avant l'expérience, existaient à peine, ont subi une exagération très remarquable. Le plus léger choc sur le tendon produit un mouvement réflexe très étendu. En soulevant la main et en la maintenant en extension sur l'avant-bras, nous constatons une trépidation épileptoïde très marquée.

Cette paralysie se présente avec les caractères des paralysies avec phénomènes spasmodiques. Elle persiste au réveil avec les mêmes caractères.

Nous la faisons disparaître en plongeant de nouveau la malade en somnambulisme et en lui suggérant l'idée que la paralysie a disparu. Les mouvements reviennent d'une façon progressive, et de même que pour la production de la paralysie, l'affirmation qui doit la faire disparaître demande à être réitérée un certain nombre de fois.

Lorsque la malade a recouvré l'usage de son membre, les réflexes tendineuses ont perdu leur exagération et sont à peu de choses près ce qu'ils étaient avant l'expérience. On ne peut plus provoquer la trépidation épileptoïde.

D'une façon analogue nous provoquons une paralysie avec contracture de ce même membre. La malade étant en somnambulisme nous affirmons que son bras droit se roidit, que sa main se ferme et se contracture. Par degrés, la contracture se produit, et le membre est bientôt immobilisé en état de rigidité absolue. Cette contracture, persiste au réveil. Nous la faisons disparaître également par suggestion, la malade étant de nouveau plongée en somnambulisme.

Une contracture semblable de la main et du poignet, que nous avions provoquée la veille et que nous n'avions pas fait disparaître à dessein dans le cours de nos expériences, persistait encore ce matin avec un égal degré d'intensité. Lorsque nous l'avons endormie dans l'intention de la faire disparaître, la malade nous répondit, lors de notre première injonction de remuer son membre : « Mais je ne peux pas, mon bras est raide. » Il nous fallut insister plus que d'ordinaire. Au bout de quelques instants la contracture n'en avait pas moins disparu complètement.

Impuissance fonctionnelle suggérée pendant le somnambulisme et persistant après le réveil.

4 mars 1884. — Pendant que Witt... est plongée en somnambulisme nous lui affirmons qu'elle ne peut plus écrire et qu'une fois réveillée il lui sera impossible de tracer un mot pendant que, pour tout autre mouvement, elle conservera parfaitement l'usage de sa main.

Une fois réveillée nous prions Witt... d'écrire son nom sur un morceau de papier que nous lui présentons. Elle saisit la plume avec empressement et se met en devoir de satisfaire à notre demande. Mais à peine la plume a-t-elle touché le papier qu'il lui est impossible de tracer même un trait, quelque force de volonté qu'elle déploie. La mimique à laquelle elle se livre est très intéressante à étudier. A chacun de ses efforts ses doigts qu'elle cherche à fléchir sont pris de mouvement d'extension ; son poignet lui-même s'étend, sa main se soulève. De la main gauche elle cherche alors à maintenir sa main droite appuyée sur le papier, mais elle ne peut arriver à contenir et à régler les mouvements contradictoires qui surviennent et rendent vaine chaque tentative d'écriture.

5 mars. — Anesthésique totale. Perte du sens musculaire. Les yeux fermés elle ne connaît pas la position de ses membres.

Paralysie suggérée pendant l'état de somnambulisme.

1° *Paralysie du bras droit.* — Marquée par la flaccidité du membre qui retombe lourdement lorsqu'on le soulève. Exagération très marquée des réflexes tendineux du poignet relativement à ce qu'ils sont soit sur le membre du côté opposé, soit sur le même membre en dehors de l'état de paralysie, en somnambulisme ou pendant la veille. Production de la trépidation épileptoïde.

2° *Paralysie du membre inférieur droit.* — Survient dans des conditions

semblables et présente des caractères analogues. Exagération très marquée des réflexes rotuliens. Trépidation par le relèvement de la pointe du pied.

Ces paralysies persistent pendant la veille avec les mêmes caractères, si l'on n'a pas eu soin de les faire disparaître par suggestion pendant le somnambulisme.

3° *Suggestion d'impuissance motrice des membres inférieurs limitée aux mouvements de la marche.* — Pendant le somnambulisme on dit à Witt... qu'elle ne sait plus marcher et que tout en ayant conservé les mouvements de ses membres inférieurs lorsqu'elle est assise, il lui est impossible d'exécuter les mouvements spéciaux nécessaires à la marche. On ajoute que cette impossibilité de marcher persistera au réveil. Le sujet est réveillé. Il est assis. On lui dit de lever la jambe, de donner un coup de pied; ces mouvements sont bien exécutés, du moins de la jambe droite, nous savons que le membre inférieur gauche est impotent à cause d'une arthrite rhumatismale du genou s'accompagnant d'un peu d'atrophie musculaire.

On dit à la malade de se lever et de faire quelques pas, soutenue par un aide à cause de son affection du genou gauche. Sans hésitation elle se lève, mais lorsqu'elle veut faire un pas, son membre inférieur droit est pris de mouvements contradictoires. Elle a du mal à le détacher du sol et il se fléchit à contre temps. Son membre inférieur gauche, où siège l'arthrite, traîne, comme d'ordinaire, mais il n'est point le siège de mouvements désordonnés, et il obéit à la malade dans la mesure du possible. Nous constatons, en somme, que la suggestion, sans viser un membre inférieur plutôt que l'autre, puisqu'il était question des mouvements de la marche, n'a eu d'effet que sur le membre inférieur sain à l'état de veille, c'est-à-dire sur le membre inférieur droit; pendant que le membre inférieur gauche, siège de l'arthrite, a échappé à l'influence de la suggestion. De même que, comme nous l'avons vu dans des expériences précédentes, il ne présente pas les phénomènes neuro-musculaires des divers états.

Cette impuissance motrice pour la marche disparaît sous l'influence d'une nouvelle suggestion.

Paralysie suggérée pendant la veille.

Ces expériences ont été répétées dans la suite avec un égal succès sur la malade en dehors même de l'état d'hypnotisme. Alors qu'elle était dans son état normal, parfaitement éveillée, sans lui faire subir aucune préparation, il suffisait de l'aborder et de lui dire avec quelque autorité : « Witt.... ton bras est paralysé, tu ne peux plus le remuer » pour voir se produire les mêmes phénomènes de paralysie que ceux obtenus pendant l'état somnambulique. Au début on remarquait quelques signes de doute, quelques gestes de dénégation; la malade en effet soulevait son membre. Mais sous l'influence de la persistance de l'idée suggérée les mouvements ne tardaient pas à devenir de plus en plus difficiles, jusqu'à ce que l'impuissance motrice devint complète. On pouvait alors constater les mêmes signes que précédemment : état flasque du membre, exagération considérable des réflexes tendineux, trépidation épileptoïde.

Une suggestion nouvelle pouvait faire disparaître la paralysie qui ne cédait que progressivement et avec elle les signes que je viens d'indiquer.

Paralysie par suggestion du membre supérieur gauche chez une hystérique non hypnotisable.

B..., dix-neuf ans, est depuis un an à la Salpêtrière, salle Rayer, lit 20, pour une *paraplégie hystérique* qui date de deux ans. En 1876 première paraplégie qui a duré trois ans. A la suite d'une attaque hystérique, au mois de novembre 1882 est survenue brusquement la paraplégie pour laquelle elle est encore à l'hospice. Depuis son entrée à l'hôpital la malade n'a pas eu d'attaques : elle ne présente pas de troubles de la sensibilité. De plus elle n'est pas *hypnotisable;* tout au moins tous les moyens ont échoué, y compris le gong et la lampe au magnésium.

Au mois d'avril 1884 on essaye de produire chez B... à l'état de veille, une paralysie par suggestion du membre supérieur gauche. On lui persuade que son bras est paralysé et on joint à la suggestion quelques frictions sur l'avant-bras. Deux ou trois minutes plus tard le membre, qui peu à peu s'affaiblissait, devient inerte et pend le long du lit.

On reproduit à de nombreuses reprises cette paralysie par suggestion, et il est toujours donné d'observer les phénomènes suivants. Ajoutons que dès la première séance on s'était assuré que le bras gauche ne différait en rien du bras droit et que ses réflexes étaient normaux :

Paralysie flasque avec insensibilité complète, au froid, à la piqûre, etc.

Réflexes tendineux très exagérés sans trépidation spinale.

Perte absolue du sens musculaire.

Troubles vasomoteurs : Une piqûre d'épingle détermine autour d'elle un large cercle de rougeur persistante.

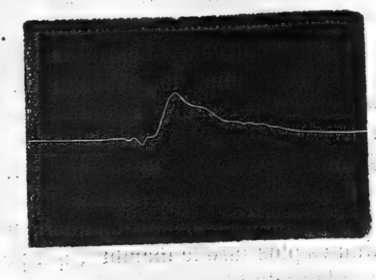
Phénomènes subjectifs : Sensation d'engourdissement progressif du début, lourdeur; ignorance complète de la situation et de la position du membre paralysé.

Cette paralysie serait peut-être durable : nous ne l'avons jamais laissé persister pendant plus de dix minutes. Sous l'influence de la suggestion le bras recouvre ses mouvements, mais lentement, peu à peu, d'une façon graduelle. Les réflexes tendineux ne reviennent de même que très lentement à l'état normal : ils sont même encore un peu exagérés lorsque le bras semble avoir recouvré tous ses mouvements. Il en est de même de la sensation d'engourdissement qui persiste encore vingt minutes à une demi-heure, après la cessation complète des phénomènes paralytiques. Le sens musculaire, la sensibilité semblent revenir en premier lieu.

On voit, d'après ce qui précède, que les paralysies suggestives expérimentales peuvent être produites, dans la période somnambulique ou cataleptique de l'hypnotisme; — persister à l'état de veille chez les individus hypnotisables; — être suggérées à l'état de veille chez ces mêmes sujets hypnotisables hystériques ou non; — être suggérées à l'état de veille chez les sujets non hypnotisables. Elles peuvent, en outre, affecter, sous l'influence de la suggestion, deux modalités différentes, entre lesquelles se placent tous les intermédiaires possibles; le membre peut être *flasque* ou *contracturé*.

Il importe de bien préciser le mode suivant lequel la suggestion a été pratiquée dans toutes nos expériences. Nous avons toujours fait en sorte de nous adresser exclusivement aux fonctions motrices en disant : « Vous ne pouvez plus remuer votre bras, il est inerte et retombe le long du corps, il est paralysé. » Puis nous avons recherché les signes

I.



II.

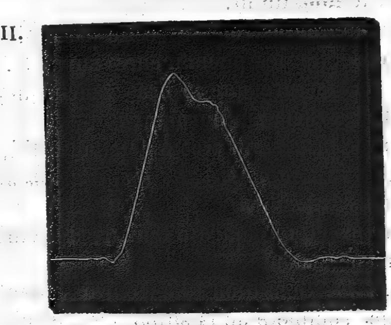


Fig. 162.

Tracés recueillis sur Witt, mai 1834. Réflexes tendineux du poignet droit. Le tambour myographique étant placé sur les muscles extenseurs du poignet. — Tracé I obtenu le membre étant dans son état normal. — Tracé II, le membre étant paralysé.

cliniques du membre atteint de paralysie comme on fait dans la pratique ordinaire, en présence d'un membre semblablement atteint. Nous avons alors constaté un ensemble de signes de la plus haute importance et que je résumerai ainsi qu'il suit :

1° *Abolition complète de la motilité.* — Le sujet est dans l'impossibilité d'exécuter le moindre mouvement. *Flaccidité* complète. Le membre soulevé est lourd et retombe comme une masse inerte.

2° *Perte de la sensibilité cutanée.* — Le membre paralysé ne sent plus les piqûres d'épingles.

3° *Le sens musculaire* est également aboli. L'excitation électrique n'est plus sentie et le sujet en expérience est incapable, les yeux étant fermés, de retrouver, par exemple, avec sa main libre, son autre main paralysée.

4° *Exagération considérable des réflexes tendineux,* facilement cons-

tatable par les procédés de recherche les plus élémentaires. A cet égard, les tracés obtenus par comparaison avec le myographe de Marey sont des plus instructifs. Après avoir pris le tracé du réflexe rotulien (le myographe étant placé sur le droit antérieur de la cuisse) chez un sujet à l'état de veille et pendant la période somnambulique de l'hypnotisme,

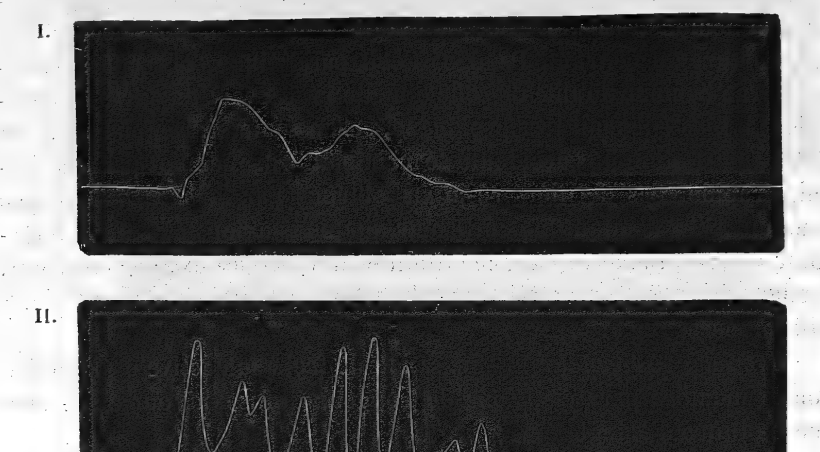


Fig. 163.
Réflexes tendineux du genou droit, le tambour myographique étant placé sur le muscle droit antérieur de la cuisse. — Tracé I obtenu le membre étant dans son état normal. Tracé II le membre étant paralysé.

le membre n'étant pas paralysé, on reproduit, sans changer le tambour myographique de place, le tracé du réflexe dans l'état même de paralysie par suggestion. On voit alors que la hauteur de la secousse est beaucoup plus considérable, et que, pour ce qui est du réflexe rotulien, le nombre des secousses, l'excitation restant la même, est en moyenne triplé (fig. 162 et 163).

5° Comme corollaire, il existe la *trépidation spinale*, toujours plus appréciable au membre inférieur, mais qu'on peut également obtenir dans le membre supérieur par l'extension forcée de la main. Les tracés myographiques ne diffèrent pas, à cet égard, de ceux qu'on obtient dans les cas de paralysies organiques.

6° Nous avons entrepris quelques expériences relatives à la *forme de la secousse musculaire* (électricité faradique, 10 degrés, Dubois-Raymond) à l'aide de la méthode graphique de Marey. Il nous a été donné de constater que, pendant la période paralytique, la hauteur de

la secousse augmentait pour diminuer avec le retour des mouvements volontaires. Dans quelques cas, en outre de l'augmentation de la hauteur de la secousse, nous avons vu la ligne de descente interrompue et prolongée simuler un tétanos incomplet.

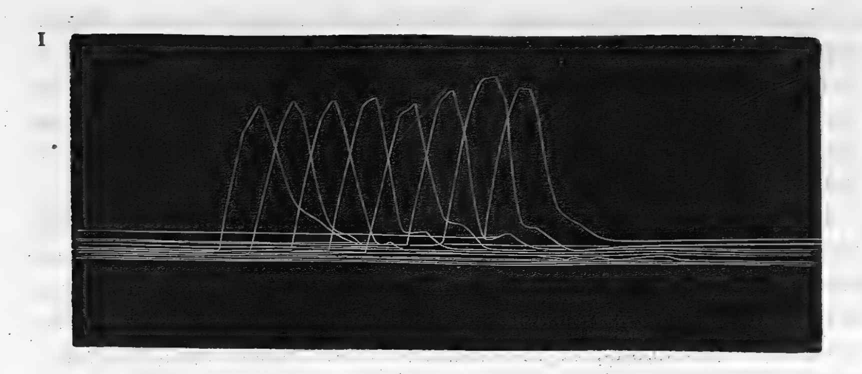
La secousse galvanique étudiée par les mêmes procédés d'enregistrement nous a fourni des résultats analogues et encore plus satisfaisants et démonstratifs. L'excitation était faite avec le pôle négatif et à la fermeture du courant. Pendant l'état paralytique, la secousse atteignait une hauteur double de celle qu'elle avait avant ou après la paralysie. De plus elle était très prolongée, et son sommet, remplacé par un plateau plus ou moins accidenté se terminait brusquement par une descente rapide. Ces derniers résultats obtenus par le *choc galvanique* nous ont paru d'autant plus probants que nous avions eu soin d'interposer un galvanomètre dans le circuit et de faire les excitations avant, pendant ou après la paralysie, avec la même intensité de courant (7 à 8 milli-ampères (fig. 164).

7° *Troubles vasomoteurs.* — Sensation de froid subjective et objective dans le membre paralysé. Zone de rougeur diffuse autour de la plus légère piqûre d'épingle.

On a pu remarquer, dans l'étude qui précède, que notre préoccupation constante a été de rechercher avec soin les signes cliniques des nouveaux états produits sous l'influence de la suggestion, paralysies ou contractures. Pour ce qui est des paralysies en particulier nous avons constamment rencontré un ensemble de signes tout somatiques dont l'importance ne saurait échapper. Leur constatation régulière nous met à l'abri de tout soupçon de simulation. Elle montre avec une évidence indiscutable l'action du moral sur le physique en prouvant qu'une influence psychique peut faire naître dans les centres nerveux cérébro-médulaires des modifications organiques non douteuses et qui se traduisent au dehors par des signes cliniques pour ainsi dire grossiers. Il nous semble que ces faits ont une grande portée. Ils sont destinés à éclairer tout le grand groupe des maladies dites d'imagination et à donner un corps à un ensemble de faits analogues jusque-là insaisissables parce que la preuve matérielle faisait défaut.

Il est donc d'un intérêt secondaire que les signes cliniques que nous avons relevés ne soient pas constants et manquent dans des cas de paralysies psychiques expérimentales observés par d'autres auteurs. Il suffirait que ces signes se soient présentés avec netteté dans un seul cas pour garder toute leur importance. Mais j'ajouterai que nous les avons observés très nettement chez tous les sujets sur lesquels nous avons ex-

I



II

III

Fig. 164.

Wit... 24 mars 1884. Secousses galvaniques du biceps droit (kathode, fermeture) pendant le somnambulisme et l'état de paralysie suggérée. — Tracé I. Pendant le somnambulisme. Galv. = 8° milliamp. — Tracé II. Le membre ayant été paralysé par suggestion. Galv. = 6 à 7° milliamp. — Tracé III. Après la disparition de la paralysie, la malade restant en somnambulisme. Galv. = 8° milliamp.

périmenté qui sont au nombre de quatre et, auxquels nous pouvons joindre les dix ou douze cas de M. Bottey.

Il importe, toutefois, de faire remarquer que, malgré la similitude des résultats observés par nous, je suis loin d'affirmer la constance et l'universalité des symptômes que nous avons décrits. Ce serait là une assertion singulièrement hasardeuse.

De même que la symptomatologie des paralysies hystériques vulgaires n'est pas invariable, et qu'à côté des cas les plus fréquents qui s'accompagnent d'exaltation des réflexes tendineux et d'anesthésie cutanée et musculaire, nous en rencontrons d'autres dans lesquels les réflexes tendineux sont abolis, et la sensibilité reste intacte dans ses divers modes; de même la symptomatologie des paralysies suggestives expérimentales doit varier suivant l'état de receptivité du sujet. En outre le mode spécial de la suggestion qui tient également sous sa dépendance les phénomènes de sensibilité peut être encore une cause de variations dans les symptômes. Je rappellerai, à ce propos, que dans toute nos expériences la suggestion a toujours exclusivement porté sur la motilité; les troubles de la sensibilité ne s'y sont surajoutés que spontanément en quelque sorte, par le seul fait du processus morbide artificiel. Certes il ne viendra jamais à l'idée de personne de compter parmi les signes d'une paralysie suggestive, par exemple, des troubles de la sensibilité qui occuperaient il est vrai le même membre, mais qui auraient leur origine dans une suggestion spéciale.

§ 4. — IDÉES FIXES. — IMPULSIONS IRRÉSISTIBLES

Nous avons vu dans les expériences précédentes l'acte, le mouvement succéder par voix réflexe à une excitation sensorielle. Ce que nous avons décrit sous le nom d'hyperexcitabilité neuro-musculaire représente l'acte automatique dans sa plus grande simplicité. C'est un réflexe dans lequel l'arc diastaltique est élémentaire.

Les faits de suggestion par le sens musculaire sont également des réflexes, mais d'un ordre déjà beaucoup plus élevé. Il en est de même de toutes les expériences d'automatisme rapportées plus haut page 692 et suiv.

L'hallucination provoquée, en vertu des associations formées par l'habitude entre les éléments nerveux de divers ordres, entraîne la production de certains mouvements qui, sans cesser d'appartenir à la catégorie des réflexes, sont d'ordre encore plus complexe.

Lorsque nous donnons l'hallucination d'un oiseau par exemple, la

malade pourra se livrer à une mimique qui consistera à le caresser, à l'embrasser, à le faire poser d'un doigt sur l'autre, etc... Ces mouvements parfaitement coordonnés sont purement automatiques et la conséquence de l'image hallucinatoire suggérée.

Enfin le mouvement chez un sujet hypnotisé peut être provoqué directement, par le simple commandement, sans perdre son caractère réflexe et automatique. L'hypnotisé devient alors véritablement la chose de l'expérimentateur. Un mot suffit et il s'assied, se lève, marche, écrit, etc... Il peut accomplir des actes beaucoup plus compliqués, et dont on a fait récemment ressortir toute l'importance au point de vue médico-légal.

« Ainsi, dit M. Féré, nous montrons à la somnambule, sur un plan uni, un point fictif que nous ne pouvions retrouver que par des mensurations multiples et nous lui commandons d'enfoncer un canif sur ce point après son réveil : elle exécute l'ordre sans hésitation, avec une exactitude absolue en rapport avec la netteté de l'hallucination visuelle. Un acte criminel serait exécuté avec la même ponctualité. »

M. Féré fait remarquer que l'acte est accompli avec d'autant plus de rapidité et d'énergie que la suggestion a été donnée avec plus d'autorité.

« Lorsque le commandement, dit-il, a été fait doucement, mollement, l'hypnotique se trouve, au réveil, dans un état d'esprit très intéressant à étudier. On la voit inquiète, obsédée par l'idée fixe d'accomplir un acte ridicule ou dégoûtant, d'aller embrasser un crâne, par exemple; elle hésite longtemps, quelquefois même elle exprime son hésitation. « Je suis donc folle! J'ai envie d'aller embrasser ce crâne. C'est absurde, je voudrais ne pas y aller, mais je sens que je ne résisterai pas, etc. ». Le fait est qu'elle y va.

» Ces faits montrent, ajoute le même auteur, que l'hypnotique peut devenir un instrument de crime d'une effrayante précision et d'autant plus terrible que, immédiatement après l'accomplissement de l'acte, tout est oublié : l'impulsion, le sommeil et celui qui l'a provoqué. »

L'hypnotique est donc bien dans ces cas le *sujet* de l'expérimentateur, et sa responsabililé morale est nulle.

Il nous faut noter que cette obéissance passive peut souffrir quelques exceptions.

Une somnambule peut se refuser complètement à accomplir certains actes pendant que, pour le reste, elle n'oppose aucune résistance. J'avais déjà fait remarquer, dans la première édition de ce livre que l'automatisme chez la somnambule est loin d'être aussi parfait que chez la cataleptique. La somnambule oppose souvent une certaine résistance

à la suggestion. Elle discute, elle demande le motif, elle dit non. Le plus souvent ce pouvoir de résistance est faible. L'expérimentateur en a facilement raison. Mais quelquefois cette résistance ne peut être vaincue. M. Féré en cite un exemple intéressant.

« Une de nos malades avait conçu une affection très vive pour un homme, elle avait eu beaucoup à en souffrir; mais sa passion n'était pas éteinte. Si on évoquait la présence de cet homme, elle donnait immédiatement des signes d'une grande affliction; elle voulait fuir, mais il était impossible de lui faire consentir un acte quelconque, qui aurait pu être nuisible à celui dont elle avait été la victime; elle obéissait à tout autre ordre d'une manière automatique[1]. » En somme, fait remarquer avec justesse M. Féré, la réaction individuelle, la volonté n'est pas complètement abolie; l'hypnotique paraît conserver son *identité morale* pour les actes habituellement et énergiquement voulus; elle est complètement supprimée dans les autres circonstances.

1. Féré, Note communiquée à la Société médico-psychologique, le 28 mai 1883.

CHAPITRE VI

MODIFICATIONS DE LA RESPIRATION ET DE LA CIRCULATION

ARTICLE Ier

Modifications de la respiration

Les modifications qui se produisent dans la respiration sous l'influence de l'hypnotisme sont variées et faciles à constater par la simple observation. On voit, en effet, les mouvements respiratoires tantôt s'accélérer, tantôt se ralentir, se suspendre presque complètement. Depuis que l'hypnotisme fait l'objet de nos recherches nous avons insisté bien des fois sur l'accélération remarquable des mouvements respiratoires qui se produit chez les hystériques au moment de l'invasion du sommeil et s'accompagne d'un bruit laryngien particulier.

Mais pour arriver, dans l'espèce, à des résultats précis, il est indispensable de faire intervenir les procédés de la méthode graphique. C'est en suivant cette voie que MM. Tamburini et Seppilli sont arrivés à des résultats qui ne diffèrent pas de ceux que nous avons obtenus.

Dans le procédé qui consiste à produire l'hypnotisme par la fixation du regard, on constate que le trouble de la respiration commence dès le début de l'expérience. Pendant la période de fixation qui, suivant les sujets, est plus ou moins longue, on voit le plus ordinairement les mouvements respiratoires se précipiter quelques instants avant l'invasion du sommeil, en même temps qu'ils deviennent de plus en plus profonds (fig. 165). D'autres fois la respiration devient irrégulière, plus superficielle tout le temps que l'attention du sujet est fixée; elle se suspend même quelquefois complètement. Mais dans tous les cas

l'invasion du sommeil est toujours accompagnée d'un mouvement respiratoire profond, le plus souvent unique, quelquefois double.

A. *Pendant l'état léthargique* la courbe respiratoire est généralement assez régulière. Les mouvements sont profonds, mais leur fréquence varie beaucoup. D'ordinaire rapides et précipités au début de l'hypnose, ils deviennent plus lents et plus profonds à mesure que se prolonge la léthargie. Lorsque la léthargie dure depuis longtemps un ronflement se produit et la respiration tend à revêtir le caractère stertoreux. D'après Tamburini et Seppilli la respiration dans le stade léthargique oscillerait

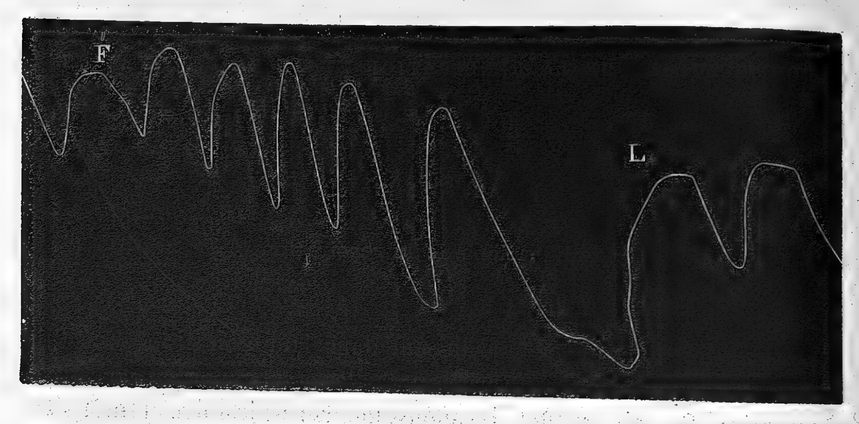


Fig. 165.
Respiration thoracique au moment de l'invasion du sommeil hypnotique. — F. Fixation du regard. L. Début de l'état léthargique. (Exp. du 1er février 1882 sur Wit...).

comme fréquence entre dix et vingt respirations à la minute. La moyenne de nos observations donne un chiffre beaucoup plus élevé qui serait de vingt-cinq à trente-cinq.

Nous n'avons trouvé qu'un seul cas dans lequel la respiration de l'état léthargique s'éloigne beaucoup de la description que nous venons de donner. Je le signale parce que d'autre part cette malade présentait à un haut degré de développement tous les caractères de l'état léthargique. Dans ce cas, la respiration était peu marquée, les mouvements très superficiels se traduisaient par une ligne à peine ondulée, coupée de temps à autre par des dépressions plus profondes. Le début de la léthargie n'en était pas moins accusé, ainsi que je l'ai déjà dit, par un mouvement respiratoire profond auquel succédait la respiration superficielle spéciale à cette malade.

La respiration de la phase léthargique comparée à la respiration de la veille n'offre, en somme, dans la grande majorité des cas, aucun trait

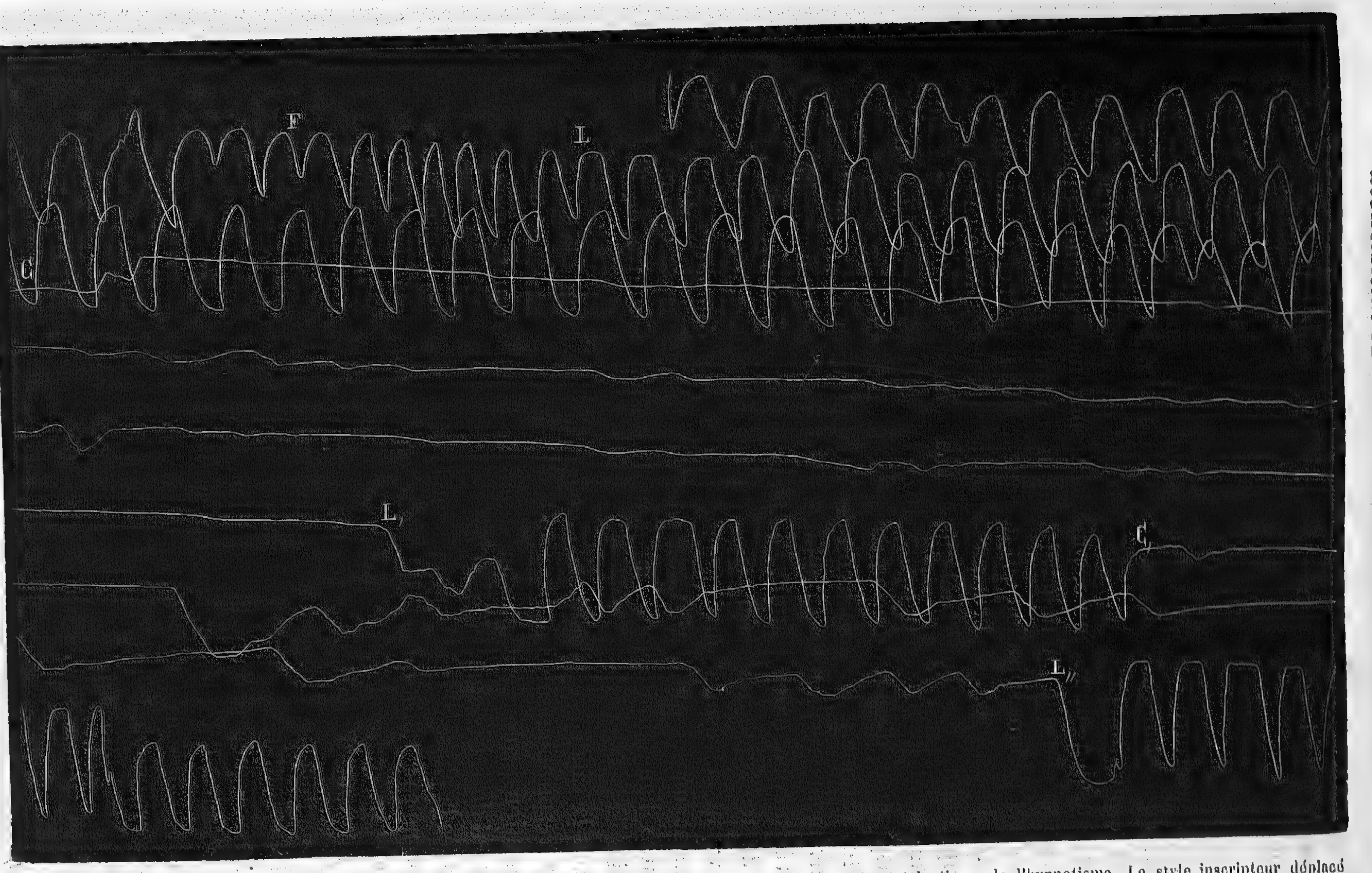


Fig. 166. — Tracé de la respiration thoracique chez la malade W.., pendant la phase léthargique et la phase cataleptique de l'hypnotisme. Le style inscripteur déplacé régulièrement dans le sens vertical, trace en forme de spirale un tracé continu pendant neuf révolutions du cylindre qui porte le papier enfumé. Les lignes du tracé se succèdent de haut en bas et de gauche à droite. La première ligne représente la respiration normale pendant l'état de veille. En F, fixation du regard; en L, la léthargie se produit. En C, production de la catalepsie par le soulèvement des paupières; L'. Occlusion des paupières, retour à la léthargie. — C, Nouvelle ouverture des paupières, catalepsie. — L". Nouvelle occlusion des paupières, léthargie (expérience du 25 janvier 1882. Mouvement lent).

saillant, aucune différence bien caractéristique; mais il n'en est pas de même si nous la comparons à ce qui a lieu pendant la phase cataleptique.

B. L'ouverture des yeux, qui pendant la phase léthargique produit *l'état cataleptique* est suivie le plus souvent d'une suspension complète de la respiration. Cette apnée offre une durée variable. Nous l'avons vue durer jusqu'à une minute, puis la respiration reprend suivant un rythme spécial que j'indiquerai dans un instant.

L'arrêt de la respiration qui marque le début de l'état cataleptique est le plus souvent si brusque, que la courbe respiratoire est interrompue tout d'un coup, quel que soit le point de sa course, ainsi que le montrent les tracés (fig. 166, 167). Le sujet est immobilisé en état d'inspiration, d'expiration, ou dans un état intermédiaire.

Plus rarement la suspension de la respiration est graduelle. Les mouvements respiratoires diminuent progressivement d'amplitude, et l'arrêt survient en expiration. Le même phénomène se produisait chez un de nos sujets que la fixation du regard plongeait en catalepsie. On voyait la respiration diminuer peu à peu d'amplitude, jusqu'au moment où les ondulations de plus en plus petites se confondaient en une ligne droite, qui marquait l'invasion définitive de la catalepsie.

Dans la catalepsie produite d'emblée par le tamtam, la suspension de la respiration survient brusquement, mais elle est précédée d'une inspiration profonde et plus ou moins accidentée qui se produit au moment du saisissement (fig. 167).

Après la phase d'apnée qui marque le début de la catalepsie la respiration ne se rétablit que péniblement, quelquefois d'une façon superficielle et irrégulière. Mais le plus souvent les mouvements respiratoires sont rares, et d'une lenteur extrême séparés par une période d'immobilité plus ou moins longue. Les tracés permettent de constater que l'inspiration est lente et beaucoup plus lente encore l'expiration qui est marquée par une ligne prolongée graduellement ascendante.

Le retour à l'état léthargique qui survient brusquement par l'occlusion des paupières est marqué par une modification correspondante dans le rythme de la respiration qui reprend subitement les caractères de la phase léthargique. Cette transformation s'opère parfois sans transition comme sur les tracés (fig. 168. Tracé II et III). D'autrefois elle est marquée par une respiration plus profonde (fig. 168. Tracé I).

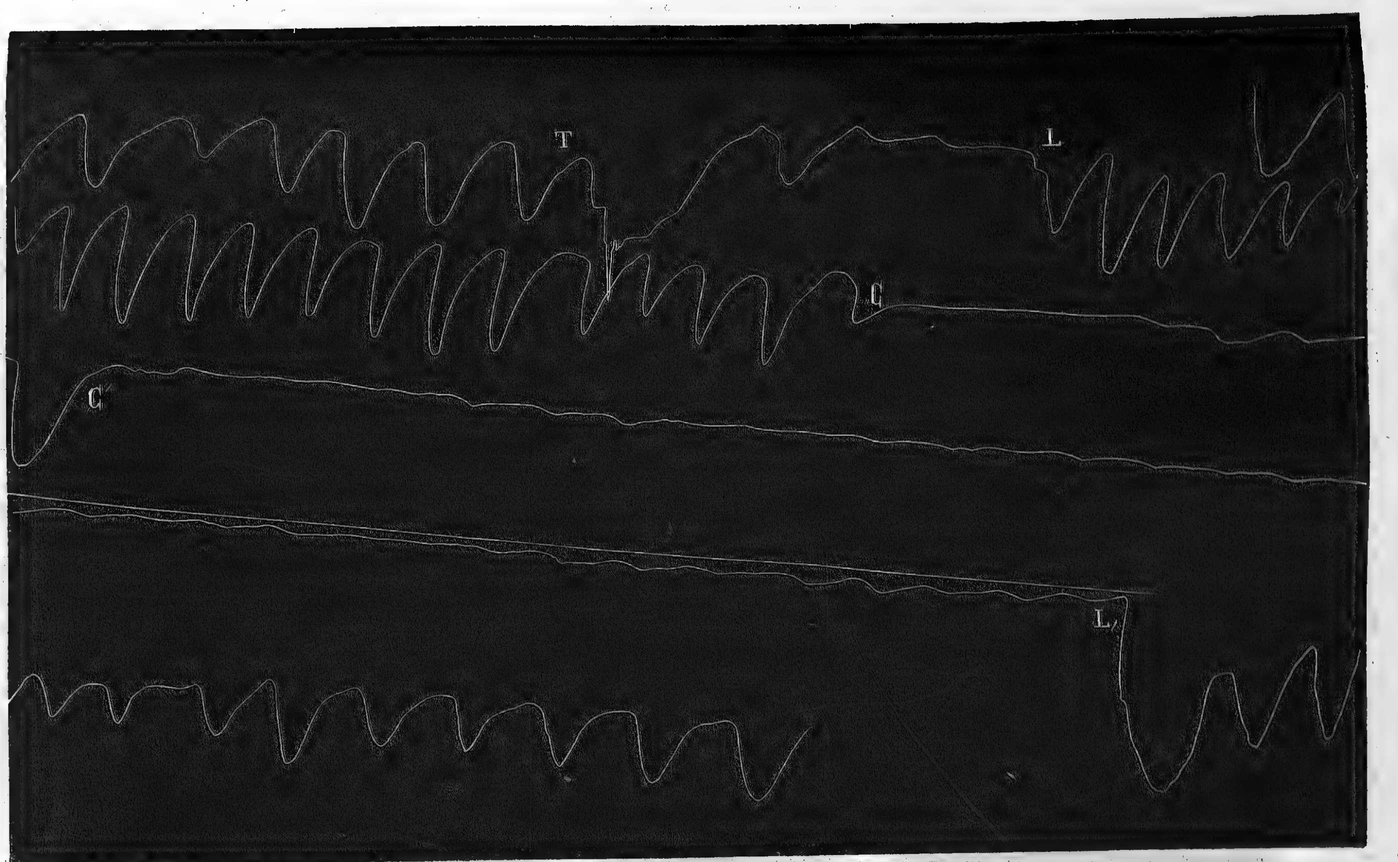


Fig. 167. — Tracé de la respiration thoracique chez Lub.., pendant l'état léthargique et l'état cataleptique. Même inscription en spirale que dans le tracé précédent. Au commencement respiration normale de l'état de veille. En T, coup de tamtam à l'improviste, catalepsie momentanée. En L, léthargie spontanée. En C, on soulève les paupières, catalepsie ; les yeux ont de la tendance à se refermer. En C' on soulève de nouveau les paupières, la catalepsie s'établit définitivement. — L', abaissement des paupières, production immédiate de l'état léthargique (exp. du 5 février 82).

Les caractères sur lesquels nous venons d'insister ont été parfaitement signalés pour la plupart par MM. Tamburini et Seppilli qui ont éga-

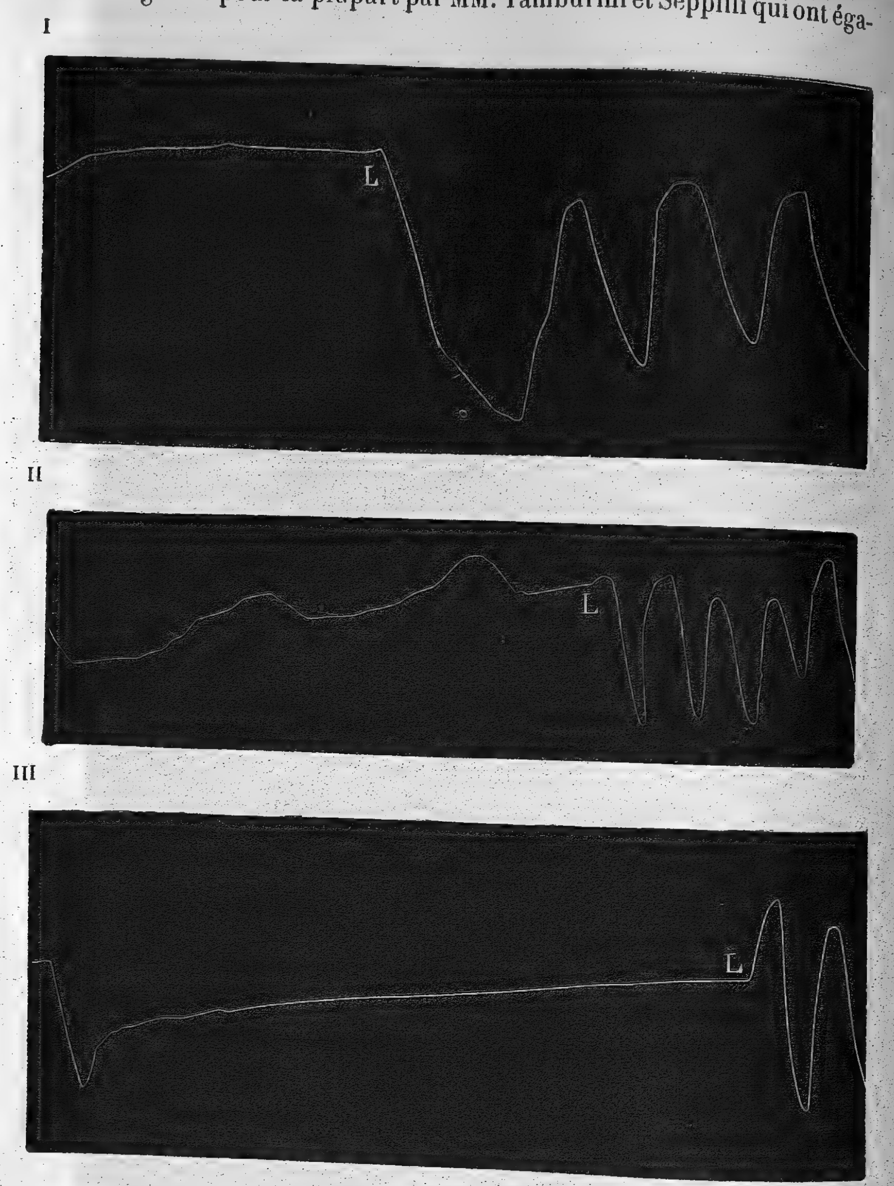


Fig. 168.
Trois exemples de respiration thoracique au moment du passage de l'état cataleptique à l'état léthargique.

lement noté que les modifications de la respiration dues au passage de l'état léthargique à l'état cataleptique surviennent également lorsque

la malade, complètement léthargique, est rendue cataleptique unilatérale; la respiration se fait tout à coup lente et superficielle; quelquefois il y a une courte apnée.

L'opposition qui existe dans le mode respiratoire, entre la léthargie et la catalepsie apparaît de la façon la plus saisissante sur tous nos tracés. Nous en faisons reproduire deux en entier qui ont trait à deux sujets différents (fig. 166 et 167).

L'un d'eux (fig. 167) est particulièrement intéressant à étudier dans ses détails, parce que la catalepsie d'abord momentanée ne s'est établie définitivement qu'après deux tentatives : on peut constater les modifications respiratoires correspondant à ces alternatives diverses.

C. Pendant la *phase de somnambulisme* la respiration reprend son cours et il n'existe point ici de différences tranchées avec la phase léthargique. D'ailleurs le type respiratoire n'offre rien de constant. Tantôt il est rapide, tantôt il est lent et plus ou moins profond. Le rythme diffère chez un même sujet d'une expérience à une autre, et même dans le cours d'une même expérience. Le trait le plus saillant à relever est, d'une façon générale, une irrégularité plus grande que dans l'état léthargique. Le début du somnambulisme comme celui de la léthargie est fréquemment marqué par un mouvement respiratoire plus fort et plus profond. Un fait à noter c'est que dans le passage de l'état léthargique à l'état somnambulique par la pression sur le vertex, ou réciproquement par la pression sur les globes oculaires, le rythme respiratoire est modifié, soit qu'il se ralentisse, soit qu'il se précipite. Chez le sujet qui nous a présenté pendant la phase léthargique une respiration superficielle inaccoutumée, la différence entre les deux états est nettement établie. Pendant la phase somnambulique la respiration reprend vive, anxieuse. On voit sur le tracé (fig. 169) que la contracture d'un membre provoquée par les passes et détruite par le souffle s'accompagne d'une période d'apnée.

Tout ce que nous avons dit jusqu'ici s'applique à la respiration thoracique. D'autres expériences dans lesquelles nous avons pris à la fois la respiration thoracique et la respiration abdominale, nous ont permis de constater souvent soit une certaine indépendance des mouvements du thorax et de l'abdomen (fig. 170), soit un antagonisme véritable (fig. 171).

Dans la veille, à l'état normal, nous avons toujours obtenu, comme c'est la règle, une concordance parfaite des deux tracés. Dans l'hypnose, au contraire, soit pendant la léthargie, soit pendant le somnambulisme, il y a parfois désaccord plus ou moins complet entre les mouvements du thorax et ceux de l'abdomen.

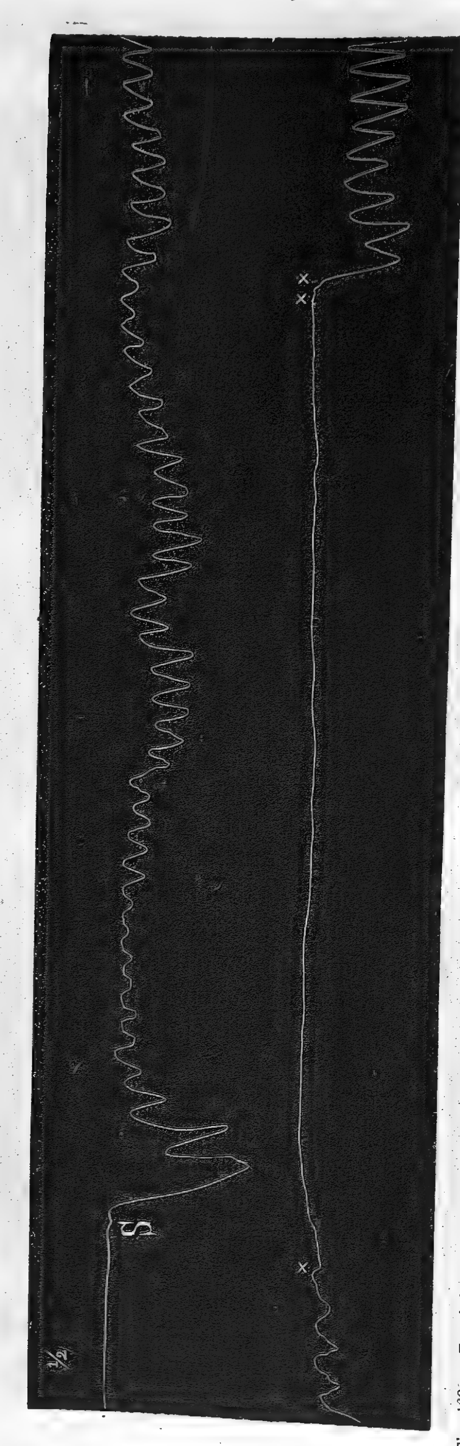


Fig. 169. — Tracé de la respiration thoracique pendant la phase somnambulique chez la malade B... En S, production du somnambulisme par la friction du vertex, la malade étant en état de léthargie. La deuxième courbe est la continuation de la première. En X, on contracture par les passes le bras droit du sujet, en XX, la contracture est détruite par le souffle (expérience du 14 février 82).

Ainsi le tracé (fig. 170) met le fait parfaitement en relief pour ce qui est de l'état léthargique. On y voit que la catalepsie est marquée par la concordance des deux tracés.

Le tracé (fig. 171) a trait à l'état somnambulique. On y constate une concordance parfaite des mouvements respiratoires de la léthargie, malgré leur rareté et leur lenteur, fait spécial à cette malade ainsi que je l'ai déjà fait remarquer; tandis que le somnambulisme est marqué par un antagonisme absolu entre les mouvements du thorax et ceux de l'abdomen.

A quoi tiennent ces modifications du rythme? Y a-t-il paralysie du diaphragme ou spasme des muscles abdominaux? C'est ce que la simple inspection des tracés ne saurait suffire à décider. L'antagonisme absolu comme dans la figure 171 entre les mouvements du thorax et ceux de l'abdomen semblerait se rattacher à un état paralytique du diaphragme, tandis que l'irrégularité et la discordance entre ces deux sortes de mouvements, comme dans la figure 170, se rattacherait plutôt à un état spasmodique des muscles abdominaux. Enfin il est probable que ces deux facteurs, dans certaines circonstances, entrent à la fois, pour une part qui peut varier, dans ces désordres de la respiration.

ARTICLE II

Modifications de la circulation

Je ne dirai qu'un mot des troubles de la circulation pendant l'hypnotisme, parce que cette question n'a pas été de notre part, du moins jusqu'à présent, l'objet de recherches spéciales.

Braid signale l'accélération du pouls et lui attribue une grande importance dans l'effet curatif qu'il attribue aux manœuvres hypnotiques. « Dans les cas, dit-il, où le sommeil se produisait sans élévation dans la force et la fréquence de l'action cardiaque, il fallait provoquer cette élévation qui était alors suivie immédiatement de bons résultats, tandis qu'il n'y avait pas eu d'amélioration avec le pouls lent [1] ».

« Cette accélération accompagne toujours la rigidité cataleptoïde et se développe en même temps que la raideur des parties. Si l'on fait reprendre aux muscles leur état flaccide, le pouls descend rapidement au point où il était avant l'expérience et même au-dessous [2] ».

1. Braid, *loc. cit.*, p. 143.
2. *Ibid.*, p. 54.

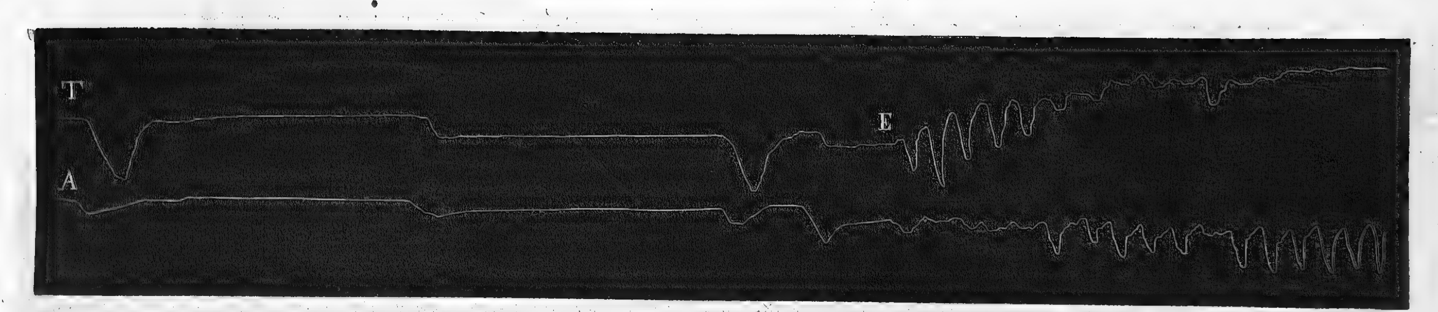


Fig. 170. — Respiration thoracique et abdominale pendant l'état léthargique et cataleptique, chez la nommée C... (10 février 1882). T, respiration thoracique. — A, respiration abdominale. — Pendant l'état cataleptique que représente la première moitié du tracé, il y a concordance entre les mouvements du thorax et ceux de l'abdomen. En E, production de l'état létharg que pendant lequel on note l'indépendance des deux tracés.

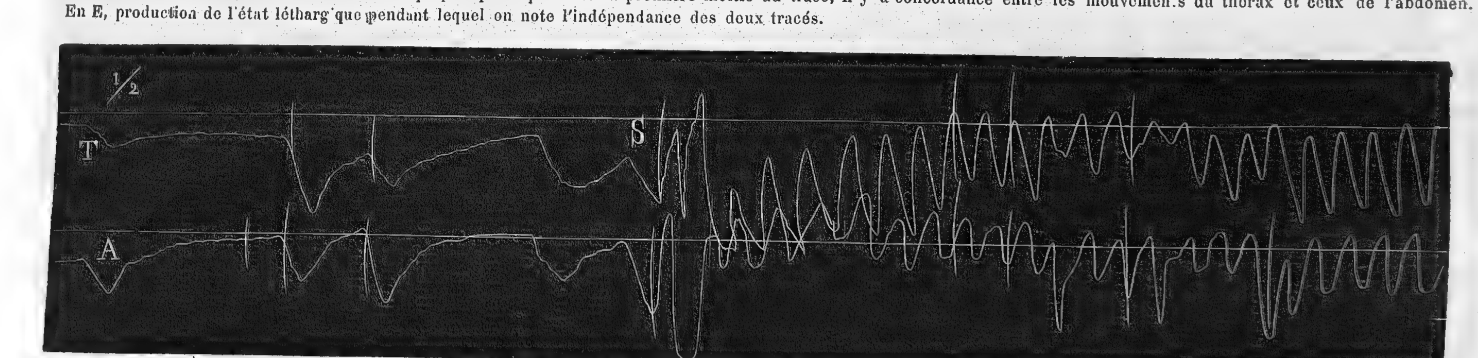


Fig. 171. — Respiration thoracique et abdominale pendant la léthargie et pendant le somnambulisme chez la malade B... (14 février 82). T, respiration thoracique. — A, respiration abdominale. Concordance parfaite des mouvements du thorax et de ceux de l'abdomen pendant la première moitié du tracé qui a trait à la période léthargique En S, production du somnambulisme qui se révèle aussitôt par l'antagonisme des mouvements de la respiration.

M. Bernheim (de Nancy) pense que les modifications de la circulation pendant l'hypnotisme, de même que celles de la respiration, ne peuvent être soumises à aucune loi, qu'elles sont des plus variables et qu'elles dépendent uniquement de l'émotion du sujet et des circonstances spéciales nées de l'état de suggestion.

Cette assertion qui renferme une part de vérité relativement à la période suggestive de l'état de somnambulisme ne saurait être appliquée à l'ensemble des états nerveux qui composent l'hypnotisme. Il en est de la circulation et de la respiration comme de l'état neuro-musculaire que nous avons longuement décrit. La suggestion est une partie de l'hypnotisme ; il ne faut pas étendre outre mesure son domaine. Il est certaines phases de l'hypnotisme, surtout pendant l'état léthargique et à certains moments de l'état cataleptique, pendant lesquelles l'influence suggestive est nulle : les modifications qui surviennent alors dans les divers appareils ne peuvent donc lui être attribuées.

Nous avons indiqué en passant comment la suggestion était susceptible de modifier la respiration et la circulation. La suggestion d'une vive frayeur, par exemple, accélère les battements cardiaques et précipite les mouvements respiratoires. Ces faits parfaitement exacts ont pu donner le change à M. Bernheim. Mais ce qu'il importe surtout de rechercher ce sont les modifications fonctionnelles qui se produisent par le seul fait de l'hypnose, en dehors de toute intervention suggestive.

C'est ce que nous ont appris les intéressantes recherches de Tamburini et Seppilli au sujet de l'état léthargique et de l'état cataleptique.

Ces auteurs qui, dans cette investigation, se sont servis des appareils enregistreurs de la physiologie moderne ont constaté ce qui suit :

Au moyen du plétismographe du professeur Mosso, ils ont constaté que, dans la phase léthargique, le tracé graphique tend continuellement à monter et que dans la phase cataleptique au contraire, il descend progressivement; ce qui signifie que dans l'état léthargique le *volume de l'avant-bras augmente*, c'est-à-dire que les *vaisseaux se dilatent*, tandis que, au contraire, dans l'état cataleptique, l'avant-bras *diminue de volume* c'est-à-dire que le calibre des *vaisseaux se rétrécit*. Les modifications dans la hauteur de la ligne plétismographique ne coïncident pas avec le moment du passage d'un état à un autre; mais arrive quelques secondes après.

Avec le *sphygmographe à air*, les résultats obtenus ont été exactement les mêmes qu'avec le plétismographe par rapport au volume de l'avant-bras dans l'état léthargique et dans l'état cataleptique de l'hyp-

nose, mais avec la différence que les changements de volume étaient *instantanément* indiqués par le sphygmographe à air quand on passait d'un état à l'autre. Quelquefois même les changements de volume des vaisseaux étaient indiqués avant ceux des courbes respiratoires.

Les mêmes auteurs ont constaté que le pouls augmente dans le passage de la veille à l'hypnose, mais ne présente pas de différences remarquables entre l'état léthargique et l'état cataleptique.

Les quelques recherches que nous avons faites dans ce sens, nous avaient conduits à un semblable résultat, consigné déjà dans notre première édition[1].

1. Plusieurs fois nous avons compté le pouls de la malade et nous n'avons trouvé aucune différence sous ce rapport entre la léthargie et la catalepsie. Dans ces deux états le pouls est régulier, il bat de quatre-vingt à cent pulsations à la minute. (Note de la 1re édition.)

CHAPITRE VII

DES PHÉNOMÈNES HYPNOTIQUES QUI S'OBSERVENT A L'ÉTAT DE VEILLE

Il y a lieu de distinguer entre les phénomènes hypnotiques qui, provoqués comme d'ordinaire pendant l'état hypnotique, persistent après la cessation de cet état spécial, et ceux qui, étant provoqués et évoluant complètement pendant la veille, n'ont plus avec l'hypnose aucune relation. Les premiers ont été signalés par nous depuis longtemps déjà; les second ont été étudiés plus récemment et particulièrement en ce qui concerne les phénomènes suggestifs par M. le professeur Bernheim (de Nancy). Dans l'un comme dans l'autre cas les phénomènes que l'on observe sont de deux sortes, les uns somatiques les autres psychiques.

I

DE QUELQUES PHÉNOMÈNES HYPNOTIQUES QUI PEUVENT PERSISTER QUELQUE TEMPS PENDANT L'ÉTAT DE VEILLE APRÈS LA CESSATION DE L'HYPNOSE.

La contracture musculaire produite pendant le sommeil hypnotique par les manœuvres spéciales sur lesquelles j'ai insisté persiste, après le réveil, si l'on n'a pas eu soin de la détruire, dans le cours de l'expérience, par les moyens appropriés. Elle demeure telle que l'expérimentateur l'a faite sans changer de caractère, sans perdre de son intensité. Bien plus elle ne peut plus être détruite par les procédés qui, d'ordinaire pendant le sommeil, en ont facilement raison. La malade se présente alors avec toutes les apparences de la contracture permanente des hys-

tériques. La seule différence réside dans l'étiologie. Pour ce qui est des symptômes l'analogie est complète.

Abandonnée à elle-même cette contracture pourrait durer quelques heures, quelques jours même et finirait vraisemblablement par se résoudre d'elle-même. Je dois dire toutefois que l'expérience n'a pas été poussée au delà de quelques heures. Cette contracture se *transfert* facilement d'un côté à l'autre du corps, pour envahir les parties homologues, sous l'influence des applications aimantées. Ce déplacement de la contracture suffit quelquefois pour lui faire perdre son intensité et la faire disparaître au bout d'un certain nombre de transfert. M. Charcot a pensé que ce procédé de transfert de la contracture par l'aimant pourrait être appliqué au traitement de la contracture hystérique permanente contre laquelle la thérapeutique actuelle ne nous fournit que des moyens d'action bien limités. La tentative en a été faite et nous a paru donner, dans quelques cas, des résultats heureux qui doivent être un encouragement à persévérer dans cette voie. Mais si nous avons pu réussir à faire disparaître ainsi quelques contractures hystériques permanentes, je dois dire que d'autres se sont montrées totalement rebelles à ce genre de traitement.

Pour faire disparaître la contracture qui persiste à la suite des expériences d'hypnotisme, le procédé le plus rapide, et celui qui réussit infailliblement, consiste à endormir de nouveau le sujet et, le sommeil une fois produit, à user des procédés que j'ai signalés plus haut et qui diffèrent suivant la phase hypnotique dans laquelle il est plongé.

Les hallucinations provoquées pendant le sommeil hypnotique peuvent également persister après le réveil. Elles constituent dans l'ordre psychique un phénomène absolument comparable à ce qu'est la contracture dans l'ordre somatique. *L'idée fixe* éveillée par l'expérimentateur et qui prend corps dans une hallucination peut, dans certains cas, survivre au sommeil. L'impression cérébrale localisée persiste malgré le retour de la connaissance, et bien qu'ayant repris possession de ses sens et de sa conscience au point de paraître jouir de toute sa raison comme avant l'expérience, la malade n'en persiste pas moins à divaguer sur un seul point en rapport avec l'hallucination provoquée. C'est ainsi qu'elle continue à voir, par exemple, un oiseau dont on a évoqué l'image pendant le sommeil hypnotique. Sur tout autre objet son intelligence, de même que ses sens, ne saurait être mise en défaut, mais malgré les affirmations de ceux qui l'entourent il y a là un oiseau qu'elle voit et qu'elle touche avec une conviction si profonde qu'à ses yeux tous ceux qui lui affirment le contraire ne le font que pour se moquer. Cette impression cérébrale peut persister quelque temps, mais elle finit par

s'effacer et disparaître entraînant avec elle la conviction qu'elle entretenait. Il est alors curieux de voir la malade interdite chercher comment l'oiseau a disparu et se demander si elle n'a pas été le jouet d'un rêve sans cependant arriver à s'en rendre un compte exact.

II

DES PHÉNOMÈNES HYPNOTIQUES EN DEHORS DE L'ÉTAT HYPNOTIQUE

Les contractures de diverses sortes (contracture léthargique et contracture somnambulique) peuvent non seulement survivre au sommeil hypnotique, mais elles peuvent être provoquées directement pendant la veille, chez certains sujets hystériques [1].

Depuis longtemps déjà l'on connaît cette aptitude des muscles des hystériques à entrer en contracture. Elle a reçu des noms différents suivant les auteurs : M. Charcot la désigne sous le nom de *diathèse de contracture*.

Or nos études sur les contractures hypnotiques ont eu pour résultat la distinction de deux espèces principales définies sous le nom de *contracture léthargique* et de *contracture somnambulique* et nous ont permis de distinguer dans la *diathèse de contracture des hystériques* deux formes principales correspondantes.

De telle sorte que la diathèse de contracture ne doit plus être considérée comme un épisode isolé dans l'histoire des symptômes hystériques. Son étude devient particulièrement claire et fructueuse si on la considère comme le premier degré, le rudiment de cet état neuromusculaire spécial dont l'hypnotisme nous offre le degré ultime de développement.

Je me réserve, à l'occasion des symptômes permanents de l'hystérie, d'étudier, comme il convient, cette double forme de la contracture.

La plupart des phénomènes suggestifs que nous avons longuement

1. M. Ch. Richet a signalé la persistance de la disposition du muscle à la contracture pendant un certain temps après les expériences d'hypnotisme. Il a rapporté en outre le fait d'une femme de quarante-quatre ans chez laquelle en dehors de toute action magnétique on pouvait par la pression provoquer des contractures qui disparaissaient sous l'influence d'une excitation très légère comme l'insufflation. Cette femme n'était pas hystérique (*Soc. de biologie*, 14 janv. 1882).

Tamburini et Seppilli ont noté chez leur malade que, même dans l'état de veille, elle présentait d'une manière très évidente le phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, toutefois avec une intensité moindre que dans l'état d'hypnose (*loc. cit.*).

décrits plus haut peuvent être provoqués, pendant la veille et en dehors de tout état hypnotique, chez certains sujets prédisposés.

On comprendra sans peine, quelle importance capitale des faits de cet ordre sont destinés à acquérir au point de vue médico-légal si l'on songe dans quelle proportion la spontanéité du sujet se trouve diminuée lorsqu'elle n'est pas complètement anéantie.

Ces suggestions de l'état de veille, si étonnantes de prime abord que le premier mouvement est d'en douter, paraîtront moins extraordinaires et plus compréhensibles si nous considérons certains états intermédiaires qui peuvent servir de transition et y conduisent tout naturellement.

Heidenhain et Berger ont constaté que les symptômes les plus caractérisés de l'automatisme hystérique pouvaient exister sans production de sommeil et avec la conservation entière de la conscience.

M. Ch. Richet a constaté que l'illusion et l'hallucination pouvaient se produire chez des sujets à peine endormis alors qu'ils n'ont perdu ni la conscience de leur état et de leur personnalité, ni la mémoire des faits qui se passent pendant leur sommeil.

M. H. Tuke, dans son intéressant article sur l'état mental dans l'hypnotisme, arrive à cette conclusion que le sujet hypnotisé peut être conscient; il peut passer rapidement ou lentement à une conscience complète; les manifestations hypnotiques ne dépendent pas de la persistance ou de la suspension de la conscience, qui est purement un épiphénomène.

Il ne nous a pas été donné d'observer chez nos sujets hystériques ces cas d'hypnose incomplète avec persistance à un degré variable de l'état de conscience. Le sommeil, était toujours profond et du premier coup poussé à son extrême limite.

Mais ces faits nous montrent que les apparences du sommeil et de l'inconscience ne sont nullement nécessaires pour la production d'un certain nombre des phénomènes hypnotiques et en particulier des phénomènes de suggestion. Un sujet qui a toutes les allures de l'état de veille et de la pleine possession de sa volonté peut fort bien, sous ces apparences trompeuses, se trouver dans cette disposition nerveuse spéciale propre au développement des phénomènes hypnotiques.

C'est ainsi que nous pouvons voir, chez certains sujets, la suggestion avoir son effet pendant la veille aussi bien que pendant l'hypnose.

Ces faits ont été relevés pour la première fois par M. Bernheim. « J'ai constaté, dit-il, que beaucoup de sujets sans être hypnotisés de nouveau, pour peu qu'ils aient été dressés par un petit nombre d'hypnotisations antérieures (une, deux ou trois suffisent chez quelques-uns),

présentaient à l'état de veille l'aptitude à manifester les mêmes phénomènes suggestifs. »

C'est ainsi que cet auteur a pu produire, chez des sujets non hypnotisés, de l'anesthésie sensitive ou sensorielle[1], de la paralysie, de la contracture totale ou partielle, des suggestions sensorielles diverses et même des hallucinations complexes absolument comme s'ils étaient hypnotisés.

M. Dumontpallier a reproduit les expériences de suggestion de la sensibilité à l'état de veille. Nous-même avons répété les mêmes expériences relativement à la contracture et à la paralysie. L'un de nos sujets n'avait jamais été hypnotisé. Il s'agissait d'une jeune hystérique paraplégique dont nous avons donné l'observation (p. 749).

Je n'insisterai pas sur la description de ces phénomènes suggérés pendant la veille; ils ne diffèrent pas de ce qu'ils sont pendant l'état hypnotique.

Il convient cependant de faire une mention spéciale pour les suggestions d'actes.

Ce sont là, à proprement parler, des impulsions irrésistibles provoquées.

Ces impulsions suggérées pendant le sommeil peuvent avoir leur effet immédiatement, ou même après le réveil, au bout d'un temps plus ou moins prolongé, sans rien perdre pour cela de leur fatalité.

Revenus à eux, les sujets exécutent l'ordre donné à l'heure prescrite, au jour prescrit. Si on leur demande alors raison de leur conduite, ils déclarent, d'ordinaire, qu'ils ne savent pas pourquoi ils agissent ainsi. Mais il n'est pas rare de les voir alléguer des *motifs spécieux* pour expliquer leur conduite, pour justifier un acte qu'ils s'imaginent spontané, mais qui, en réalité, leur a été imposé et dont la raison réside dans la volonté d'autrui.

M. Ch. Richet a cité des faits de ce genre très caractéristiques dans lesquels la suggestion produisait son effet à dix jours de distance[2].

M. Bernheim et M. Liégeois signalent des exemples de suggestions données pendant le sommeil qui n'avaient leur effet qu'un mois après.

1. Ces expériences de l'anesthésie suggérée pendant la veille, si elles démontrent expérimentalement la puissance, dans certaines circonstances, de l'attention attirée sur un point (*expectant attention* des Anglais) ne détruisent en aucune façon l'action des agents æsthésiogènes. De nombreuses expériences de contrôle mettent hors de doute l'action de ces agents sur la sensibilité.

2. Ch. Richet, in *Revue philosophique*, mars 1883, p. 238.

CHAPITRE VIII

ÉTUDE SYNTHÉTIQUE DES DIVERSES PÉRIODES DE L'HYPNOTISME. ESSAI DE NOSOGRAPHIE

Après avoir étudié isolément et pour eux-mêmes les différents phénomènes de l'état hypnotique, il convient de les considérer plus particulièrement dans les relations qu'ils affectent les uns avec les autres et de chercher à définir, au point de vue symptomatologique, les différents états nerveux ou phases que nous avons été conduits à distinguer dans l'hypnotisme.

Dans la première édition de cet ouvrage nous avions distingué quatre formes de l'hypnotisme : 1° l'état de léthargie; 2° l'état de catalepsie; 3° l'état de suggestion; 4° l'état de somnambulisme.

L'état de suggestion dont il était question comprenait exclusivement les phénomènes de suggestion nés pendant l'état de catalepsie. Les connexions qui existent entre ces deux états et que nous faisions déjà nettement ressortir sont si intimes qu'il nous paraît préférable aujourd'hui de les confondre, et de ne faire de l'état de suggestion dont il s'agit qu'une subdivision de l'état cataleptique. Une autre considération nous confirme dans cette manière de voir. En maintenant l'état de suggestion comme forme spéciale de l'hypnotisme, il eût fallu y faire entrer aussi les phénomènes suggestifs qui se développent pendant l'état somnambulique; ce qui nous eut conduit à une sorte de morcellement artificiel et à des subdivisions parfaitement arbitraires. Il nous semble donc plus rationnel de répartir les phénomènes suggestifs dans la symptomatologie des diverses phases où ils se produisent.

A la suite de notre maître, M. le professeur Charcot, nous ne distin-

guerons donc dans l'hypnotisme que trois phases principales : la phase léthargique, la phase cataleptique, la phase somnambulique.

A chacune de ces trois phases correspond une symptomatologie propre. Mais il ne faut pas oublier qu'à côté des caractères distinctifs précis qui autorient la classification que nous proposons d'établir il y a les traits communs qui rapprochent les différents groupes et les maintiennent dans une dépendance réciproque sous la dénomination plus générale d'hypnotisme. Il serait donc irrationnel de pousser à l'extrême les séparations que la clinique autorise et que nous croyons indispensables pour l'étude et la description. Et il faut s'attendre à trouver des types intermédiaires servant de transition entre une phase et une autre, participant de la symptomatologie des deux. Il y a aussi les cas frustes et incomplets.

Une classification est toujours plus ou moins un artifice de l'esprit : *Natura non facit saltus.* Nous maintenons celle que nous proposons, parce qu'elle est basée sur des faits d'observation et non d'interprétation, parce qu'elle repose sur la clinique et non sur une théorie physiologique. Nous pensons, en outre, qu'elle est de nature à faciliter singulièrement l'étude de ces faits rangés jusqu'ici pêle-mêle sous la dénomination d'hypnotisme, et qu'elle peut être, pour les recherches ultérieures, un guide précieux.

ARTICLE Ier

De l'état cataleptique

a. *Mode de développement.* — Cet état se manifeste *primitivement* sous l'influence d'un bruit intense et inattendu, d'une lumière vive placée sous le regard, ou encore chez quelques sujets en conséquence de la fixation plus ou moins prolongée des yeux sur un objet quelconque suivant la méthode de Braid. La concentration de l'attention, l'imagination, une impression morale même, peuvent, chez une hystérique, provoquer la catalepsie.

Il se développe consécutivement à l'état léthargique, lorsque les yeux, clos jusque là, sont, dans un lieu éclairé, mis à découvert par l'élévation des paupières.

D'après Spring (cité par Duval[1]), on pourrait s'assurer que parfois, dans l'inhalation de l'éther et du chloroforme, des phénomènes catalep-

1. In art. HYPNOTISME, *Nouv. Dict.*

tiques partiels se montrent passagèrement avant que la narcose soit complète. Chez Witt..., nous avons vu parfois les inhalations d'éther provoquer un état cataleptique parfait, qui se transformait immédiatement en léthargie par la pression sur les globes oculaires. Une sorte de catalepsie passagère, toujours d'après la remarque de Spring, survient, même dans l'état de santé, à la suite d'une émotion profonde. On voit des personnes, saisies subitement d'horreur ou d'effroi, s'arrêter immobiles comme une statue, raides et privées de sentiment, les bras levés ou étendus, dans des poses expressives.

Il est intéressant de rapprocher de la catalepsie produite par les coups portés sur le gong, les effets cataleptiques occasionnés par les coups de tonnerre. Doit-on y voir l'influence du bruit, de l'émotion ou de l'ébranlement occasionné par le choc en retour[1] ?

Puel rapporte l'observation de deux domestiques frappées de catalepsie le même jour, à la même heure, aux deux extrémités de la ville, pendant un orage et au moment où venait d'éclater un violent coup

1. « Vieussens rapporte l'histoire fort curieuse d'un coup de foudre dont il fut témoin oculaire, au Vigan, en bas Languedoc, et qui produisit des effets cataleptiques fort singuliers :

» Deux hommes, deux enfants, deux bœufs et un chien furent frappés du même coup : les deux bœufs et le chien furent tués, ainsi que les deux hommes ; quant aux deux enfants, on leur administra quelques soins et ils revinrent à la vie. Vieussens s'étant approché des deux hommes pour leur porter secours, reconnut qu'ils étaient morts, mais il remarqua que « leurs membres étaient roides et dans la même position où ils étaient avant qu'ils fussent frappés de la foudre ; leurs bras restaient dans la même situation qu'on leur donnait quand on les remuait, de sorte qu'ils auraient ressemblé parfaitement à des hommes saisis d'une catalepsie parfaite, s'ils n'avaient été privés entièrement de la respiration et du pouls. »

» On trouve dans Cardan l'histoire de huit moissonneurs qui, ayant été frappés par la foudre pendant qu'ils prenaient leur repas sous un arbre, conservèrent tous l'attitude qu'ils avaient au moment de la mort. La plupart des auteurs qui ont cité Cardan, et particulièrement Schilling, considèrent ce fait comme un exemple de catalepsie produite par la foudre ; mais j'avoue que, sans révoquer en doute l'authenticité de la relation de Cardan, je n'étais pas très convaincu de l'analogie de cet état de rigidité des moissonneurs avec la catalepsie, avant de connaître le fait rapporté par Vieussens. L'expérience de cet illustre observateur, faite sur les membres peu de temps après la mort, démontre incontestablement cette analogie et nous force à admettre dans la science l'histoire des huit moissonneurs.

» M. Boudin, dans son excellent travail sur la foudre (*Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1854 et 1855, 2e sér., t. II et III), a publié un grand nombre de faits qui mettent désormais hors de doute la réalité des phénomènes cataleptiques produits par l'action de la foudre.

« L'abbé Thomas, âgé de soixante-dix ans, fut frappé d'un coup de foudre, au mois de juin 1851, pendant qu'il célébrait la messe à Montmorillon (Vienne) ; on le rapporta à sa demeure dans un état de catalepsie complète, et il ne recouvra connaissance qu'au bout de plusieurs heures. Il mourut peu de temps après, sans être revenu à la santé (*loc. cit.*, t. III, p. 260). M. Boudin cite, en outre, plusieurs cas de personnes qu'on trouva dans la situation qu'elles avaient au moment de la mort : en voici deux très remarquables. La femme d'un vigneron de Nancy fut foudroyée au moment où elle cueillait un coquelicot, et l'on trouva son cadavre debout, seulement un peu penché, avec une fleur dans la main. Un prêtre fut tué par la foudre pendant qu'il était à cheval, mais l'animal continua sa route et rapporta le corps immobile de son maître, à la maison, à deux lieues de distance (*loc. cit.*, t. II, p. 417).

» Les mêmes phénomènes ont été observés chez les animaux. Le 11 juillet 1819, la foudre

de tonnerre. Chez toutes deux, il y avait perte de la voix et de la parole, et les autres symptômes musculaires caractéristiques de la catalepsie existaient sans qu'il y eût perte de connaissance. Enfin elles furent guéries l'une et l'autre dès le lendemain.

L'invasion de l'état cataleptique est lente ou soudaine. Elle est lente et survient progressivement, sans secousses, lorsqu'on emploie le procédé de Braid, c'est-à-dire la fixation prolongée du regard sur un point déterminé. Mais ce procédé ne réussit à produire l'état cataleptique que chez quelques sujets; chez le plus grand nombre il conduit à l'état de somniation désigné sous le nom d'état léthargique et que j'étudierai plus loin. Dans ce dernier cas, cependant, surtout lorsque l'invasion du sommeil se produit assez lentement, il est possible de déterminer l'état cataleptique en suspendant brusquement l'expérience par la suppression, au moment opportun, de l'objet sur lequel les regards étaient fixés. Dans l'expérience de Braid il est un moment, quelques instants avant l'invasion du sommeil, où le regard prend une fixité étrange, l'œil est plus grand ouvert, la conjonctive s'injecte, le clignement cesse; c'est le moment favorable pour interrompre l'expérience si l'on veut produire l'état cataleptique. Il semble résulter de ceci, que le patient, avant d'entrer en sommeil hypnotique, traverse un état cataleptique transitoire qui d'ordinaire passe inaperçu mais qui peut être rendu permanent, si l'on empêche les choses d'aller plus loin de la façon que j'ai indiquée.

Dans ce mode de production de l'état cataleptique, la participation de la volonté du sujet est nécessaire. Il faut qu'il s'y prête volontiers, en maintenant son attention, en même temps que ses regards, rivés au même objet. Mais ce concours, de la part du sujet soumis à l'expérience, n'est nullement nécessaire dans l'invasion brusque et soudaine de l'état cataleptique par les autres procédés. Le patient peut être surpris et rendu cataleptique au moment où il s'y attend le moins. Il est saisi et comme pétrifié instantanément quels que soient les efforts qu'il déploie pour résister. Nous avons obtenu ces résultats bien des fois, en faisant jaillir de vives et fortes étincelles électriques sous le regard des sujets qui n'étaient point prévenus, ou en faisant résonner bruyamment un gong caché. Il nous est arrivé plus d'une fois de rendre cataleptique, à notre insu, une malade à laquelle le coup de gong n'était

tomba sur une église, et tous les chiens qui s'y trouvaient furent frappés de mort en conservant l'attitude qu'ils avaient auparavant (t. III, p, 269). Le 22 janvier 1849, une chèvre fut frappée de la foudre aux environs de Clermont : on la trouva debout, sur les pattes de derrière, ayant à la bouche une branche de verdure. » (*De la Catalepsie*, par T. Puel, 1856, p. 504).

point destiné et qui se trouvait fortuitement dans le voisinage du lieu où nous faisions nos expériences[1].

Lorsque le début de la catalepsie est ainsi brusque et inopiné, le sujet est, d'un coup, immobilisé dans l'attitude qu'il avait au moment même où la cause (lumière vive, bruit du gong) l'a impressionné. Il s'y ajoute parfois une expression ou un geste de terreur. Dans ce cas, la catalepsie peut-elle être mise sur le compte de la commotion morale, de l'effroi? Ou bien n'est-elle que la conséquence de l'excitation vive et soudaine du sens de la vue ou de celui de l'ouïe? Une réponse exclusive ne saurait être faite. Il est vrai qu'au sortir de l'état cataleptique les sujets n'ont aucun souvenir d'une frayeur quelconque; mais nous savons que l'amnésie qui accompagne ces états porte également, quelquefois, sur les quelques instants qui les précèdent. Et les auteurs rapportent des cas d'accès de catalepsie survenus soudainement à la suite de vives émotions morales. D'un autre côté nos observations démontrent que l'impression lumineuse sur la rétine suffit à elle seule pour amener l'état cataleptique; il en est de même pour l'impression auditive. Lorsque le sujet est plongé dans l'état léthargique, les yeux fermés, il suffit de découvrir les globes oculaires par le soulèvement des paupières pour amener instantanément l'état cataleptique. Et ce résultat n'est atteint qu'autant que l'on opère dans un endroit éclairé qui permette à la rétine de recevoir l'impression de la lumière[2]. De même l'état cataleptique peut être produit d'emblée par l'audition d'un bruit monotone et prolongé, comme le tic tac d'une montre ou la vibration continue d'un diapason.

b. *Symptômes.* — Le trait le plus saillant de l'état cataleptique c'est l'immobilité. Le sujet cataleptique, alors même qu'on l'a placé debout, dans une attitude forcée, se maintient en parfait équilibre et semble

1. Un certain jour entre autres, cette impressionnabilité au bruit du gong nous permit d'assister à une scène assez plaisante. Une de nos malades était soupçonnée de nous dérober des photographies, mais s'en défendait avec vivacité. Or, un matin, après avoir répété quelques expériences sur d'autres sujets, je surpris la malade en question la main dans le tiroir aux photographies, en ayant déjà mis quelques-unes dans sa poche ; je m'approchai, elle ne bougea pas, elle était immobile, transformée en statue pour ainsi dire. Des coups de gong frappés dans la pièce voisine l'avaient rendue cataleptique au moment même où, loin des yeux de tous, elle accomplissait son larcin. L'on devine sa confusion, lorsque je la réveillai en lui soufflant sur le visage. Mais il ne lui était plus possible de nier.

2. En effet, dans l'obscurité complète, la catalepsie par soulèvement des paupières, pendant l'état léthargique, n'est plus possible. Lorsqu'on soulève les bras, ils retombent inertes et les paupières à peine soulevées tendent à se fermer seules. Si l'on fait apparaître un peu de jour, toujours en maintenant les paupières soulevées, les membres retombent plus lentement, jusqu'à ce que, l'intensité de la lumière augmentant peu à peu, l'état cataleptique des membres s'accuse par degrés et s'affirme complètement lorsque la dose de lumière est suffisante.

Cette dose varie suivant les sujets. Il faut moins de lumière pour rendre cataleptique

transformé en statue. Les yeux sont ouverts, le regard fixe, la physionomie impassible; et comme il ne se fait que de très rares clignements des paupières, les larmes s'accumulent et s'écoulent bientôt sur les joues.

Les mouvements respiratoires eux-mêmes s'affectent dans le sens de l'immobilité. Les tracés pneumographiques, en effet, accusent de longues pauses, représentées par des lignes horizontales qu'interrompent de loin en loin des dépressions peu profondes.

Les membres, et l'on peut en dire autant de toutes les parties du corps[1], gardent, sans fatigue apparente, pendant un temps fort long, les positions, même les plus difficiles à maintenir, qu'on leur a communiquées. Lorsqu'on les soulève ou les déplace, ils donnent la sensation d'une grande légèreté, et, soit qu'on les fléchisse, soit qu'on les étende, les articulations ne font éprouver aucune résistance. Contrairement à l'assertion d'un grand nombre d'auteurs, la « flexibilitas cerea » n'appartient pas à l'état cataleptique des hypnotiques.

Les réflexes tendineux sont abolis ou très notablement amoindris. Le phénomène de l'*hyperexcitabilité neuro-musculaire*, caractéristique de la léthargie, fait ici complètement défaut.

L'excitation mécanique profonde des nerfs ou des muscles, au lieu d'amener la contracture de ces derniers, détermine un état d'épuisement variable qui peut aller depuis la parésie qu'à la paralysie confirmée.

Le tégument externe reste insensible aux excitations les plus vives; mais certains sens, le sens musculaire, la vision, l'audition en particulier, conservent, du moins en partie, leur activité[2]. Cette persistance

Suzanne et Witt... que pour Bar... Dans un cabinet noir éclairé faiblement par des verres jaunes, Bar... n'est plus rendue cataleptique alors que Witt... et Suzanne le sont parfaitement. Peut-être les rayons colorés ont-ils une action différente ? Nous n'avons pas fait d'autres expériences avec la lumière colorée.

Lorsque, pendant l'état cataleptique ainsi obtenu, la lumière est supprimée graduellement, la léthargie revient aussi par degrés. Lorsque, au contraire, la suppression de la lumière est brusque, l'invasion de la léthargie est instantanée et la malade tombe à la renverse.

1. La catalepsie n'atteint que les muscles de la vie de relation; ceux de la vie organique en sont exempts.

2. Cette persistance au moins partielle des sens a été signalée par les auteurs dans les cas de catalepsie spontanée.

« Dans la plupart des cas, dit Puel, l'abolition ou la suspension des fonctions sensoriales est apparente sinon réelle : mais, dans un certain nombre de cas, il y a persistance de l'état normal des sens. » (*Loc. cit.*)

Cerise rapporte un fait bien curieux qui montre que la catalepsie ne s'accompagne pas toujours d'une abolition complète des fonctions cérébrales.

Il s'agit d'un malade d'une forte constitution, d'un tempérament lymphatico-bilieux, atteint de catalepsie depuis trois ans. Ce malade fut observé à l'asile d'aliénés de Rome, où il était depuis dix-huit mois.

Il conserve très longtemps les mouvements imprimés; on ne sait s'il veille ou s'il dort,

de l'activité sensorielle permet souvent d'impressionner le sujet cataleptique et de susciter chez lui, par voie de suggestion, des impulsions automatiques. Alors les attitudes fixes, artificiellement imprimées aux membres, font place à des mouvements plus ou moins complexes, parfaitement coordonnés en rapport avec la nature des impulsions provoquées. Mais, abandonné à lui-même, le sujet ne tarde pas à retomber dans l'état d'immobilité où il se trouvait au moment où on l'a impressionné.

Les caractères de cet état cataleptique sur lesquels nous ne saurions trop insister peuvent être résumés ainsi qu'il suit :

Abolition ou diminution des réflexes tendineux.

Pas de raideur des articulations.

Légèreté et souplesse des membres qui se laissent déplacer avec la plus grande facilité.

Les attitudes communiquées sont toujours harmonieuses, et, lorsqu'elles expriment une passion, tendent toujours à se compléter d'elles-mêmes, par l'adjonction spontanée de mouvements secondaires expressifs. C'est le premier degré de la suggestion qui, dans certaines circonstances, acquiert un développement si remarquable.

Ces caractères peuvent servir à distinguer de la catalepsie vraie certains états musculaires qui n'en ont que les apparences et qu'il convient de désigner sous le nom *d'états cataleptoïdes*. Nous verrons qu'il existe dans chacune des deux phases suivantes, phase léthargique et phase somnambulique, un état cataleptoïde que nous nous appliquerons à bien définir.

Les phénomènes d'automatisme et d'hallucination provoquée rappelés plus haut n'accompagnent pas toujours l'état cataleptique. Il est des malades chez lesquelles il se borne aux phénomènes purement

dit Cerise. Cependant il n'est pas insensible à la parole, lorsqu'elle lui est adressée avec une grande énergie par l'infirmier qui lui donne des soins habituels. Si c'est une autre personne qui lui parle le résultat est nul. Lorsque l'infirmier l'invite à haute voix à ouvrir la bouche pour manger, il lui obéit et accomplit les mouvements de la déglutition quand les aliments ont été introduits dans sa bouche. De même pour ses autres besoins physiques.

Ce rapport établi entre le malade et son infirmier, ajoute cet observateur, rappelle celui qui s'est établi entre Marie de Mœrl, une des extatiques du Tyrol, et son confesseur. Il démontre, d'une part, que la catalepsie comme l'extase peuvent se compliquer d'une troisième névrose ayant quelque analogie avec le somnambulisme, et que, cet état étant donné, des rapports peuvent s'établir avec certaines personnes, en dehors de toute intervention magnétique de la part de celles-ci.

Les yeux étaient grands ouverts, la pupille très dilatée, il n'y avait pas de clignotement. (*Ann. méd. psych.*, 1858, p. 222).

Nous avons rapporté plus haut des faits de *sensibilité élective* qui ont quelques analogies avec l'observation qu'on vient de lire.

musculaires. Quel que soit le procédé qui l'ait fait naître, qu'elle ait été provoquée par la lumière, par un bruit intense et inattendu ou qu'elle succède à la léthargie, la catalepsie ne peut être modifiée et la malade demeure insensible à la plupart des excitants venus du dehors. Le phénomène de la suggestion par l'attitude communiquée existe quelquefois. En approchant les doigts de la bouche comme dans l'acte d'envoyer un baiser, un sourire vient aux lèvres. Le regard toujours fixe peut être également attiré par le doigt et dirigé ensuite dans une direction quelconque au gré de l'observateur. Un nouveau bruit très intense, comme un coup de tamtam, peut modifier l'attitude cataleptique. Mais là se borne l'action de l'observateur. Il a beau chercher à provoquer les autres phénomènes dont j'ai parlé, soit en exécutant des mouvements sous ses regards, soit en lui plaçant divers objets entre les mains, soit en lui adressant de vives interpellations, la malade ne bouge pas plus qu'une statue, et l'état cataleptique persiste toujours au même degré. Wit... Dub... et Gl... rentrent dans cette catégorie.

Une autre malade, Rob..., tient en quelque sorte le milieu entre les malades qui précèdent et celles chez lesquelles nous avons étudié la longue série des phénomènes suggestifs précédemment décrits. Il est possible de provoquer chez elle les hallucinations les plus variées, et, suivant la règle, le trouble psychique alterne avec le trouble musculaire, l'hallucination avec l'état cataleptique. Certains faits d'automatisme qui prennent leur source dans une attitude communiquée, se produisent, comme le sourire, en approchant ses mains de ses lèvres, le grimper en plaçant ses membres dans l'attitude du grimper, la marche à quatre pattes, etc... Mais l'automatisme provoqué par un objet placé entre ses mains n'a pas lieu. Elle le tourne en tous sens et montre, par la mimique à laquelle elle se livre, qu'elle a perdu la notion de l'objet lui-même et, à plus forte raison, de l'usage auquel il est destiné[1]. Ce genre d'automatisme ne peut donc exister.

Enfin chez les malades Bar... et Suz. N..., qui nous ont présenté dans

1. Lorsqu'on lui met une paire de pincettes entre les mains, elle demeure interdite, retourne l'objet en tous sens, le tâte par tous les bouts, l'approche même de son nez pour le flairer, et finalement en semble fort embarrassée. Si on lui demande ce qu'elle tient entre les mains, elle renouvelle ses investigations, puis, désappointée, fait un haussement d'épaule et répond qu'elle ne sait pas. Enfin elle rejette les pincettes.

La même scène se renouvelle avec un parapluie.

La mimique devant un pot à eau est fort curieuse. Elle examine soigneusement chaque objet, la cuvette, le pot à eau, le savon. Elle tourne et retourne le savon dans ses mains, passe la langue dessus, sans arriver à découvrir ce que c'est. Avec beaucoup de précautions elle touche l'eau du bout du doigt. On lui indique les objets par leurs noms et on lui dit de se laver les mains. Elle verse alors l'eau dans la cuvette ; mais elle est distraite et ne se lave pas les mains.

leur plus complet développement, l'automatisme et les hallucinations provoquées, l'état cataleptique n'est pas toujours apte à la production de ces phénomènes; quand il est provoqué par une lumière intense ou par un coup de gong, il se borne aux phénomènes observés chez Witt..., Dub... et Gl... Il est nécessaire pour que les faits d'automatisme et que les hallucinations provoquées soient possibles que l'état cataleptique succède à la léthargie[1].

c. *Mode de terminaison de l'état cataleptique.* — La catalepsie cesse par le retour à l'état normal ou par le passage à l'état léthargique.

Une excitation légère telle que le souffle sur le visage suffit pour réveiller le sujet. D'un coup il est rendu au monde réel. La pression ovarienne (il s'agit dans mes observations d'hystériques ovariennes) conduit au même résultat.

L'occlusion des paupières ou simplement la suppression de la lumière amène aussitôt la production de l'état léthargique dont je vais m'occuper maintenant.

Au cours de l'état cataleptique, il suffit de clore l'un des yeux du sujet pour amener la résolution et en même temps l'hyperexcitabilité neuro-musculaire dans tout le côté du corps correspondant; tandis que l'autre côté, dont l'œil est demeuré ouvert, conserve les attributs de l'état cataleptique.

ARTICLE II

De l'état léthargique

a. *Mode de développement.* — L'état léthargique se développe primitivement sous l'influence de la fixation du regard sur un objet placé à une certaine distance, ou encore sous l'influence de la pression légère et continue des globes oculaires au travers des paupières abaissées. Le temps qu'il met à se produire est fort variable, il diffère suivant les sujets et aussi avec la répétition des expériences. Chez un sujet sensible il faut en moyenne prolonger l'expérience dix à quinze minutes pour les premières fois; mais, dans la suite, ce laps de temps peut se trouver réduit à quelques minutes et même à quelques secondes. Quelle que soit

1. Bar..., sur laquelle toutes les expériences d'automatisme rapportées plus haut ont été reproduites pendant l'état cataleptique succédant à l'état léthargique occasionné par la convergence des axes visuels, peut être rendue cataleptique par plusieurs autres procédés:

a) Par une lumière intense comme il est rapporté (p. 520).

b) Par le gong (p. 525). Depuis le jour où Bar... fut rendue cataleptique pour la première fois par ce moyen qui occasionna en même temps le singulier trouble mental

la rapidité avec laquelle se produise l'état léthargique, il n'offre jamais la soudaineté que nous avons notée, dans certains cas, au sujet du mode d'invasion de l'état cataleptique.

L'état léthargique peut également survenir consécutivement à l'état cataleptique par la simple occlusion des paupières ou à l'état somnambulique par la pression sur les yeux fermés.

Au début de ce sommeil nous avons presque toujours observé chez nos malades, quel que soit le procédé employé pour le produire, quelques phénomènes épileptoïdes : légère raideur des membres, mouvements de déglutition, bruit pharyngien, inspiration sifflante, écume à la bouche.

b. *Symptômes.* — Les caractères de la léthargie ainsi obtenue sont les suivants :

Insensibilité complète de la peau et des muqueuses [1].

Les sens persistent parfois à un certain degré (le plus souvent ceux du côté hémianesthésique à l'état de veille demeurent complètement abolis).

Malgré quelques exceptions, on peut noter, comme règle générale, que les phénomènes d'automatisme, de suggestion ou d'hallucination provoquée n'existent pas.

Les yeux sont clos ou demi-clos; les globes oculaires convulsés généralement en haut et en dedans, les paupières animées d'un frémissement incessant. Le corps s'est affaissé, les membres sont devenus flasques, pendants, et, soulevés, ils retombent lourdement lorsqu'on les abandonne.

Les mouvements respiratoires étudiés à l'aide du pneumographe se montrent profonds et précipités, d'ailleurs assez réguliers.

L'examen du système neuro-musculaire fait reconnaître ce qui suit : les réflexes tendineux, amoindris ou nuls dans l'état précédent, se montrent, au contraire, ici, remarquablement exaltés. De plus, on constate dans tous les cas, à la vérité à des degrés divers, la présence du phénomène désigné sous le nom d'*hyperexcitabilité neuro-muscu-*

dont nous avons parlé, elle demeure complètement indifférente aux coups du gong même répétés et inattendus.

c) Si le gong demeure actuellement sans effet, la pression sur le conduit auditif externe du côté gauche seulement (la malade est anesthésique à droite) amène, au bout de peu d'instants, la catalepsie générale. Dans l'état cataleptique ainsi produit sur B... la suggestion par l'attitude est encore possible, l'œil peut encore suivre le doigt, mais là se bornent les phénomènes d'automatisme ou de suggestion, si développés lorsque la catalepsie est produite autrement, et la malade demeure indifférente à tout autre mode d'excitation.

La même chose a lieu chez Suzanne. N...

1. Cette anesthésie a été signalée par la plupart des auteurs qui se sont occupés de la question de l'hypnotisme. Les premiers observateurs avaient fondé sur elle, au point de

laire des hypnotiques. Ce phénomène consiste sommairement dans l'aptitude qu'acquièrent les muscles de la vie animale à entrer en contracture sous l'influence d'une simple excitation mécanique. L'excitation peut être portée d'ailleurs sur le tendon, sur le muscle lui-même, ou encore sur le nerf dont il est tributaire; le résultat est identique. Je n'insisterai pas plus longuement sur cet important phénomène que nous avons décrit plus haut en détail.

Si, chez un sujet plongé dans l'état léthargique, on met, en soulevant les paupières supérieures, les yeux à découvert, dans un lieu éclairé, on voit, ainsi qu'on l'a dit plus haut, se développer instantanément chez lui l'état cataleptique. Si l'un des yeux est maintenu fermé, tandis que l'autre est mis à découvert en pleine lumière, on assiste aussitôt au singulier spectacle d'un individu divisé sur la ligne médiane en deux parties égales : l'une, la moitié du corps correspondant à l'œil fermé, offre les caractères neuro-musculaires, propres à l'état léthargique, tandis que l'autre moitié, celle qui correspond à l'œil ouvert, présente simultanément les attributs neuro-musculaires, ci-dessus décrits, de l'état cataleptique.

Il importe de faire remarquer que les excitations limitées au tégument externe, telles qu'un pincement de la peau, par exemple, ou encore un souffle, des attouchements légers promenés à la surface d'un membre, ne produisent pas la contracture d'un genre particulier dont il est ici question.

L'hyperexcitabilité neuro-musculaire des hypnotiques n'est pas un fait nouveau. On la trouve signalée dans les auteurs qui nous ont

vue de la médecine opératoire des espérances qui furent bientôt déçues, à cause de l'inconstance avec laquelle elle se produisait. Pour nous, nous avons toujours rencontré chez nos hystériques l'anesthésie complète et absolue, nous l'avons toujours vue survenir d'une façon constante, ce que l'on doit attribuer peut-être à la diathèse hystérique, en dehors de laquelle nous n'avons pas expérimenté.

Des malades en proie à de vives douleurs ont pu bénéficier de cette anesthésie artificielle.

D'après Demarquay et Giraud-Teulon « des douleurs utérines très vives qui tourmentaient les malades jour et nuit, des névralgies qui avaient résisté à l'opium se sont vues enrayées, suspendues pendant cet état particulier de leur système nerveux (l'hypnotisme) et pendant de longues heures après. » (*Recherches sur l'hypnotisme*, Paris, 1860.)

« Chez une femme hystérique, dit Ch. Richet, que j'ai endormie plusieurs fois à l'hôpital Beaujon, dans le service de mon savant maître, M. le professeur Le Fort, j'ai pu observer un phénomène assez remarquable. Elle avait une affection utérine grave, une hématocèle probablement, et depuis six mois ne quittait pas son lit. Dès qu'elle était endormie, elle pouvait se lever, marcher, balayer la salle, et grimpait les escaliers avec une agilité surprenante. Mais lorsqu'elle était réveillée, on n'aurait pu obtenir d'elle qu'elle se levât pour qu'on fît son lit. » (*Du somnambulisme provoqué*, dans le *Journal de l'anat. et de la phys.* de M. Ch. Robin, juillet, 1875.)

Je rapporterai plus loin l'histoire d'une hystérique citée par Landouzy, et dont les violents accès de douleur intestinale, qui avaient résisté à l'emploi de la morphine, étaient calmés par la production d'un état léthargique provoqué par l'approche d'un aimant et par l'occlusion des paupières (p. 433).

précédé dans ce genre d'études[1]. Mais les descriptions qu'ils nous en ont laissé sont incomplètes et confuses. Quelques-uns des auteurs plus récents, M. Dumontpallier entre autres, s'élèvent contre la distinction que nous avons cherché à établir et ne reconnaissent qu'une forme de la contracture hypnotique. Pour eux toute contracture de l'état hypnotique, aussi bien pendant l'état léthargique que pendant l'état somnambulique, a sa source dans l'excitation des nerfs cutanés. La contracture d'origine musculaire que nous considérons comme spéciale à l'état léthargique n'existerait pas.

Malgré ces opinions contraires, la distinction que nous avons faite, de deux variétés de contractures hypnotiques — l'une spéciale à la phase léthargique et l'autre à la phase somnambulique dont il sera question tout à l'heure — est basée sur des faits d'observation si nettement caractérisés que nous ne pouvons pas ne pas la maintenir dans son intégrité. Il est bon toutefois de faire observer qu'à côté des cas qui nous ont servi de modèles, il en existe d'autres — et vraisemblablement en bien plus grand nombre — dans lesquels les deux sortes de contractures se confondent et existent à la fois et dans la léthargie et dans le somnambulisme. Mais il n'en est pas moins vrai que les premiers, quoique plus rares, méritent seuls d'être regardés comme des *types* parce qu'eux seuls, en présentant les deux variétés de contractures avec des caractères nettement tranchés et comme à l'état d'isolement, ont permis d'en faire l'analyse et par suite de les retrouver dans les cas plus complexes où elles existent confondues.

Le clignotement des paupières est signalé dans de nombreuses

1. Le passage suivant, extrait du *Mémoire* d'Azam, signale des faits qui se rattachent évidemment au phénomène que nous avons décrit sous le nom d'hyperexcitabilité musculaire ;

« Un souffle d'air, une friction, font cesser la catalepsie sur un membre, sur un doigt: cet état revient en replaçant doucement le membre à sa place. Si, pendant la résolution, je l'invite à me serrer la main, et si, en même temps, je malaxe les muscles de l'avant-bras, ceux-ci se contractent, durcissent, et la force développée est au moins d'un tiers plus considérable qu'à l'état ordinaire » (p. 5).

La manière de faire cesser ces troubles de mouvements, ajoute M. Duval, n'est pas moins remarquable que la manière de les produire : une légère friction sur les muscles amène aussitôt leur résolution.

Nous trouvons dans Baillif un fait analogue.

« Le 3 février nous trouvâmes notre malade, les mains et les doigts, douloureusement contracturés; depuis déjà vingt minutes, elle était dans cet état si souvent précurseur d'une attaque. Nous la considérions comme inévitable; cependant nous crûmes bien faire en l'hypnotisant, ce qui n'offrit aucune difficulté; au bout de quelques minutes, le sommeil provoqué était obtenu, et cependant les contractures persistaient. Nous lui prîmes alors les deux mains et fîmes de violents efforts de contraction des muscles de l'épaule et du bras, tout en lui pressant très légèrement les mains, très douloureuses comme nous le savions; bientôt ses mains revinrent à leur état ordinaire et la malade, à son réveil, fut fort étonnée de voir ses extrémités libres » (*Loc. cit.*, p. 36).

observations de sommeil hystérique et de catalepsie. Dans ces derniers cas rangés par les auteurs parmi les attaques cataleptiques, l'état du muscle ne peut-il être rapproché de cette variété de catalepsie partielle et imparfaite qui accompagne parfois la léthargie et que nous avons proposé de désigner sons le nom d'*état cataleptoïde*.

Cet état cataleptoïde, qu'il n'est pas rare de voir accompagner la léthargie, nous semble sous la dépendance de cette propriété spéciale du muscle que nous désignons sous le nom d'hyperexcitabilité musculaire, ou, pour mieux dire, il en est, en quelque sorte, une nouvelle manifestation. Lorsqu'on soulève un peu brusquement le membre d'une malade dont les muscles sont en état d'hyperexcitabilité, ou bien, qu'après avoir soulevé le membre, on insiste un peu en le maintenant dans la même position avant de l'abandonner à lui-même, il garde la situation qu'on vient de lui communiquer. Mais que s'est-il passé? Les muscles, dans cette manœuvre, ont été excités, et en vertu de la propriété dont ils sont doués, ils se sont contracturés. Le membre qui paraît cataleptique est un membre contracturé. En effet, si l'on veut ensuite déplacer le membre, on éprouve une certaine résistance, évidemment due à la contracture musculaire.

Nous avons dit que la léthargie s'accompagnait parfois d'un certain degré de raideur généralisée. Il est facile de comprendre que, lorsque cette rigidité générale existe, ces phénomènes cataleptiques soient plus accusés. Mais ils n'en restent pas moins soumis aux mêmes lois.

Je n'insisterai pas ici sur les caractères de cet état cataleptoïde que nous avons longuement décrits plus haut (pag. 601).

Cette distinction nous paraît importante et rend facilement compte de la confusion qui règne dans les observations de catalepsie des auteurs et de la multiplicité, en même temps que de la disparité des phénomènes qui s'y trouvent signalés.

Nous pensons que l'état cataleptoïde dont il est question ici et celui que nous avons également observé pendant l'état de somnambulisme doivent être très nettement séparés de l'état cataleptique vrai auquel il convient de rendre sa véritable signification en écartant tout ce qui de près ou de loin tient de la contracture. L'état cataleptique ne saurait plus être considéré comme une faible contracture. Les faits cliniques s'inscrivent en faux contre cette interprétation. L'aptitude à conserver les attitudes communiquées, l'absence de roideur, la souplesse et la légèreté du membre, sont les caractères de la véritable catalepsie. Diverses sortes de contractures peu intenses peuvent donner lieu aux apparences cataleptiques, mais il convient de ranger ces états dans le cadre des fausses catalepsies ou états cataleptoïdes.

ARTICLE III

État somnambulique

A. *Mode de production.* — Ce troisième état peut être déterminé directement chez certains sujets, par la fixation du regard, ou par l'influence d'une excitation sensorielle faible, répétée et monotone ; il s'obtient encore par un grand nombre d'autres pratiques qu'il n'est pas utile d'énumérer ici. On le produit facilement chez les individus plongés au préalable, soit dans l'état léthargique, soit dans l'état cataleptique, en exerçant sur le vertex une pression ou une friction légères.

Nous avons vu, quelquefois, cette variété de sommeil survenir chez nos malades, complètement en dehors de notre action ; elle se produisait sans causes appréciables pendant que la malade était plongée dans la léthargie ; l'une succédait à l'autre et la remplaçait spontanément, comme par les progrès de l'état pathologique spécial que l'on avait provoqué.

Les manœuvres habituelles des magnétiseurs ont pour effet de produire cet état de somnambulisme hystérique primitivement sans faire passer la malade par les différents états nerveux dont nous avons parlé.

Tout procédé qui s'adresse exclusivement à l'imagination du sujet a pour effet de produire primitivement l'état de somnambulisme.

B. *Symptômes.* — Les caractères de cette variété du sommeil nerveux sont les suivants :

Lorsque le début est brusque, occasionné par la pression du vertex, il est accompagné, comme dans la léthargie proprement dite, de quelques phénomènes épileptoïdes. Si, au contraire, l'invasion de cette variété de sommeil s'opère graduellement sous l'influence d'une excitation quelconque faible et répétée, le début passe inaperçu et n'est marqué par aucun signe extérieur.

Même insensibilité à la douleur de la peau et des muqueuses que dans la léthargie.

Les yeux sont habituellement fermés, ils peuvent être entr'ouverts ou même ouverts complètement. Il n'y a pas de clignotement des paupières.

La sensibilité spéciale persiste toujours au moins partiellement. Elle acquiert parfois une acuité remarquable[1].

1. « L'hyperesthésie hypnotique, dit Azam, porte sur tous les sens, sauf celui de la vue, mais surtout sur le sens de la température et sur le sens musculaire, dont elle démontre l'existence d'une manière irréfragable. » (*Loc. cit.*, p. 10.)

« Pendant la période d'anesthésie survient celle d'hyperesthésie ; je m'aperçois de son

Les réflexes tendineux ne diffèrent pas d'ordinaire de ce qu'ils sont à l'état normal. Ils peuvent être un peu exagérés; en tous cas la contraction musculaire qui en est la conséquence ne se transforme jamais en contracture.

L'hyperexcitabilité neuro-musculaire, propre à l'état léthargique n'existe pas ici. Mais la contracture musculaire peut être obtenue par les excitations cutanées superficielles. C'est là un point d'une importance capitale, et ce phénomène neuro-musculaire suffit à différencier l'état léthargique de l'état somnambulique.

Pour obtenir la contracture dans le premier cas il faut que l'excitation mécanique portée à la surface du membre dépasse les limites de la peau et qu'elle intéresse les parties profondes : muscle, tendon ou nerf. Dans le second cas l'excitation mécanique doit être superficielle et n'intéresser que la peau. Des deux côtés la contracture est toujours d'ordre réflexe, mais le point de départ sensitif varie : dans la léthargie, il réside dans les nerfs centripètes musculaires, dans le somnambulisme il a son siège dans les nerfs cutanés.

La contracture somnambulique diffère de la contracture léthargique, outre son mode de production, en ce qu'elle ne cède pas comme celle-ci à l'excitation mécanique des muscles antagonistes tandis qu'elle cède, au contraire, très facilement sous l'influence de ces mêmes excitations cutanées faibles qui l'ont fait naître.

Souvent confondue avec l'immobilité cataleptique, la rigidité de l'état somnambulique s'en sépare cependant foncièrement ; entr'autres, par la résistance parfois très prononcée qu'on rencontre dans celle-ci au niveau des jointures, lorsque l'on essaye d'imprimer au membre raidi un changement d'attitude. Il convient d'appeler *cataleptoïde* ou *pseudo-cataleptique* cette rigidité propre à l'état somnambulique, pour la distinguer de l'*immobilité sans raideur*, qui appartient seule à l'état cataleptique. L'ouverture des yeux ne suffit pas pour produire l'état cataleptique, comme cela a lieu pendant la léthargie.

La pression sur les globes oculaires ramène instantanément l'état léthargique. Si la pression est exercée sur un seul œil, la malade devient

invasion par ceci : mademoiselle X... se rejette la tête en arrière, son visage exprime la douleur. Interrogée, elle répond que l'odeur du tabac que je porte sur moi lui est insupportable. Le bruit de ma voix ou de celle des assistants, celui de la rue, le moindre son enfin, paraît affecter cruellement la sensibilité de l'ouïe ; un contact ordinaire amène une certaine douleur, puis deux doigts placés, l'un sur la tête, l'autre sur la main, amènent comme une forte commotion très douloureuse ; ma montre est entendue à une distance de 8 à 9 mètres, ainsi qu'une conversation à voix très basse.

» Une main nue est-elle placée à 40 centimètres derrière son dos, mademoiselle X... se penche en avant et se plaint de la chaleur qu'elle éprouve ; de même pour un objet froid et à même distance. » (Azam, *loc. cit.*, p. 5.)

hémiléthargique du côté de l'œil intéressé, pendant qu'elle reste hémi-somnambule de l'autre côté.

Les facultés mentales sont susceptibles d'être réveillées isolément et acquièrent parfois une grande puissance. La malade répond aux questions et peut être influencée par les suggestions les plus variées. On peut dire que dans cet état le pouvoir de la suggestion ne connaît pas de bornes, et qu'on peut tout obtenir chez un somnambule, à la condition de savoir s'y prendre. L'intelligence est vive, et, servie par des sens dont la sensibilité est parfois exaltée, la malade accomplit des actions qui semblent tenir du prodige.

L'automatisme propre à l'état somnambulique diffère, en général, par des caractères assez tranchés de celui que l'on observe pendant l'état cataleptique.

Dans ce dernier état, en effet, le sujet est un véritable automate sans conscience ni spontanéité, qui ne se meut que sous l'influence d'excitations sensorielles ou sensitives venues du dehors. L'excitant seul importe et non celui qui le met en jeu. La personnalité de l'opérateur est toujours indifférente. Tous les actes provoqués se produisent à la manière des réflexes sans aucune participation de l'activité intellectuelle autre que celle qui est nécessaire à leur production s'il y a lieu.

Le somnambule, au contraire, n'est plus une simple machine. C'est l'esclave de la volonté d'un autre, le véritable *sujet* de l'opérateur. Son automatisme est fait de servitude et d'obéissance. Mais une certaine conscience persiste autre que celle de l'état de veille. Une personnalité nouvelle se crée, qui peut donner naissance à ces faits étranges décrits sous le nom de dédoublement de la conscience ou de la personnalité.

Il y a véritablement un « moi » somnambule, il n'y a pas de « moi » cataleptique.

La différence qui existe au point de vue de l'automatisme entre l'état cataleptique et l'état somnambulique apparaît d'une façon saisissante chez les malades susceptibles de présenter successivement les deux états. Quelques exemples feront bien comprendre.

Pendant que Bar... se lave les mains automatiquement, comme dans l'expérience rapportée (p. 693), si l'on vient à presser sur le vertex, aussitôt ses yeux se ferment, d'automate elle devient somnambule et s'arrête. « Qu'est-ce que je fais-là, dit-elle avec stupéfaction, je n'ai pas besoin de me laver les mains. » Mais, chose singulière ! il suffit de soulever ses paupières pour que l'automatisme revienne avec toute sa fatalité, et Bar..., sans faire la moindre observation, recommence son éternel lavement de mains. Si alors on empêche son action en lui

tenant les mains ou en retirant les objets dont elle se sert, elle redevient aussitôt cataleptique, ainsi que je l'ai dit.

Pendant l'état somnambulisme, Bar... accomplit sur l'ordre, certain actes, mais elle se refuse à d'autres. Le plus souvent elle ne veut pas lire, bien que nous nous soyons assurés, par d'autres moyens, qu'elle y voit malgré l'occlusion apparente des paupières. Mais si l'on vient alors à soulever ses paupières, elle retombe dans l'automatisme que nous avons dit, et lit aussitôt pour ne s'arrêter que devant un obstacle insurmontable. Auquel cas, elle redevient cataleptique, comme toujours, en pareille circonstance [1].

ARTICLE IV

Hypnotisme unilatéral

Je rappellerai ici que chacun des différents états nerveux peuvent, à l'aide de manœuvres spéciales, être localisés à une moitié du corps, l'autre moitié demeurant sous un autre régime.

Braid avait déjà montré qu'en soufflant sur un seul œil on faisait cesser le sommeil hypnotique d'un seul côté du corps, du côté correspondant.

Dès le début de nos recherches, en 1878, l'hémiléthargie et l'hémicatalepsie étaient signalées pour la première fois par un externe du service, M. Descourtis.

1. La différence entre l'état de suggestion cataleptique et l'état de somnambulisme se fait encore bien sentir dans l'exemple suivant.

En plaçant les mains de Bar..., pendant qu'elle est en état de somnambulisme, dans l'attitude de la prière, celle-ci s'impose à son esprit. Aux questions elle répond qu'elle prie la Sainte Vierge, mais qu'elle ne la voit pas. Tant que les mains demeurent dans la même position, elle continue sa prière, et ne dissimule pas son mécontentement si l'on cherche à l'en distraire. En déplaçant les mains, la prière cesse aussitôt. Toute fatale qu'elle est, la prière dans ce cas est en quelque sorte raisonnée puisque la malade résiste aux distractions et est capable de soutenir une discussion avec celui qui vient l'interrompre. De plus elle n'est pas accompagnée d'hallucination.

Mais les choses changent si, pendant que Bar... prie ainsi, on vient à soulever ses paupières. Aussitôt l'hallucination apparaît. Son visage s'illumine, elle se met à genoux, profère des paroles d'admiration, et, si on lui en demande la raison, elle répond qu'elle *voit* la Sainte Vierge; elle décrit son costume et les anges qui l'environnent. Mais elle ne répond en aucune façon aux questions étrangères à son hallucination. Elle ne soutient aucune discussion. En un mot, elle est fascinée et n'a de paroles que pour dépeindre ce qu'elle voit. Sans aucune résistance de la part de la malade, l'observateur, par la parole seule, peut faire disparaître l'hallucination. En résumé, la malade par le simple soulèvement des paupières est passée de l'état de somnambulisme dans l'état de suggestion cataleptique dont nous avons parlé, et la même action continuée pendant les deux états, emprunte à chacun d'eux des caractères particuliers.

Depuis nous avons montré que les illusions ou hallucinations provoquées pouvaient être également localisées à un côté du corps, l'autre côté demeurant léthargique.

Nous avons montré aussi l'existence de l'hémisomnambulisme coïncidant avec l'hémiléthargie.

M. Dumontpallier a montré, en outre, que la division du sujet pouvait s'opérer en deux moitiés sus et sous-ombilicales et qu'il pouvait y avoir somnambulisme, catalepsie, léthargie alternes, croisés[1].

ARTICLE V

De l'influence de la répétition des expériences sur le développement des phénomènes hypnotiques

Les symptômes de l'hypnotisme tels que je viens de les décrire avec les trois phases ou états nerveux ne se rencontrent pas à un égal degré de développement chez tous les sujets soumis aux expériences. Pour mon compte, je ne les ai rencontrés, depuis bientôt six ans que je m'occupe de cette question, que sur sept ou huit malades *toutes atteintes de grande hystérie.* Mais il est un point que je dois relever et qui consiste dans une sorte d'éducation hypnotique dont sont susceptibles certains sujets.

Même dans les cas les plus complets qu'il m'ait été donné d'observer, tous les phénomènes n'ont pas toujours présenté, dès le début des expériences, les caractères de netteté et de précision que nous avons constatés par la suite. Peu à peu, par la répétition des expériences, les sujets se sont en quelque sorte perfectionnés. Bientôt le sommeil demandait moins de temps pour se produire, il était plus profond, l'hyperexcitabilité neuro-musculaire d'abord un peu diffuse et exigeant pour apparaître un massage plus ou moins énergique, devenait plus parfaite. La contracture n'avait besoin pour se montrer que d'une excitation mécanique légère et elle revêtait les caractères de localisation si précise sur lesquels j'ai insisté. De même pour la catalepsie qui, au commencement des expériences, était loin de présenter aussi développés tous les caractères précédemment décrits.

Il va sans dire que ce perfectionnement des attributs du sommeil

1. Dumontpallier et Magnin. *Comptes rendus de la Soc. de Biolog.*, 1881, p. 359 et *Comptes rendus*, Académie des sciences 1882, p. 60.

L'hypnose unilatérale a été l'objet dans ces derniers temps de recherches spéciales de la part de Heidenhain et Grützner.

hypnotique, n'implique en aucune façon la participation consciente du sujet et ne prête nullement au reproche souvent adressé en pareille matière, de supercherie et de simulation. Ce phénomène même n'est pas, dans l'espèce, un des moins curieux et des moins intéressants à étudier. C'est là une des manifestations de ce que quelques psychologistes. M. Ribot en particulier, ont désigné sous le nom de mémoire organique Qu'on nous permette de rappeler que, dans son acception la plus large, la mémoire comprend deux choses: la conservation de certains états, leur reproduction. Ces deux éléments sont seuls nécessaires, indispensables; un troisième élément qui a sa source dans la conscience, et que dans la langue de l'école on appelle « la reconnaissance » achève la mémoire mais ne la constitue pas. « Supprimez les deux premiers, dit M. Ribot, la mémoire est anéantie, supprimez le troisième, la mémoire cesse d'exister pour elle-même, mais sans cesser d'exister en elle-même. Ce troisième élément qui est exclusivement psychologique, se montre donc à nous comme surajouté aux deux autres; ils sont stables; il est instable, il paraît et disparaît; ce qu'il représente c'est l'apport de la conscience dans les faits de la mémoire, rien de plus[1]. »

L'hypnotisme offre, si je ne me trompe, un exemple des plus remarquables de la mémoire organique. Certaines modifications apportées au système nerveux se conservent et se produisent en dehors de toute participation de la conscience.

Sauf un point, l'absence de conscience, la ressemblance est parfaite entre les deux mémoires, la mémoire organique et la mémoire psychologique. M. Ribot en résume les caractères ainsi qu'il suit :

« Acquisition tantôt immédiate, tantôt lente. Répétition de l'acte nécessaire dans certains cas, inutile dans d'autres. Inégalité des mémoires organiques suivant les personnes; elle est rapide chez les uns, lente ou totalement réfractaire chez d'autres (la maladresse est le résultat d'une mauvaise mémoire organique). Chez les uns permanence des associations une fois formées; chez les autres facilité à les perdre et à les oublier. Disposition de ces actes en séries simultanées ou successives comme pour les souvenirs conscients. »

Nous trouvons en quelque sorte dans les lignes qui précèdent l'expression de ce que l'on observe dans les expériences d'hypnotisme : le perfectionnement résultant de la répétition des expériences, la façon irrégulière dont se fait ce perfectionnement suivant les sujets; enfin l'inaptitude absolue de certains au développement des phénomènes hypnotiques.

1. Ribot, *Les maladies de la mémoire*, p. 2.

On comprend qu'à ce point de vue, l'hypnotisme peut devenir une source féconde d'études. Il semble qu'il se charge de nous montrer le rôle de la conscience, de la réduire à sa juste valeur, et de bien faire voir, ainsi que le fait remarquer M. Ribot, qu'elle est dans le mécanisme de la mémoire un élément surajouté. Nous voyons, par cet exemple, choisi parmi bien d'autres, tout le parti que l'on peut tirer des expériences hypnotiques au point de vue même de l'analyse psychologique.

ARTICLE VI

Des suites des expériences d'hypnotisme

Un fait des plus remarquables et signalé depuis longtemps par les auteurs qui se sont occupés de la question est l'amnésie qui suit les expériences. Une fois revenu à lui-même, le sujet ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant son état de sommeil. C'est en quelque sorte une interruption dans son existence. La chaîne de ses souvenirs s'arrête au moment où il s'est endormi pour ne reprendre qu'au réveil. Tout ce qui s'est passé dans l'intervalle n'existe pas pour lui. Le plus souvent cette amnésie est complète et absolue, aucune trace des phénomènes psychiques ou somatiques variés qui ont eu lieu pendant le sommeil ne peut être retrouvée par la conscience. Cependant, quelquefois, ainsi que l'a fait remarquer M. Heidenhain, il reste comme un souvenir confus des hallucinations provoquées que le sujet est incapable de retrouver de lui-même mais qu'il parvient à ressaisir avec peine, comme les vestiges indécis d'un rêve, s'il y est aidé et mis en quelque sorte sur la voie par l'expérimentateur.

L'amnésie commence d'ordinaire avec l'invasion du sommeil; mais dans quelques cas elle a un effet rétroactif et porte sur les circonstances qui ont amené le sommeil. Ceci a lieu surtout lorsque l'invasion du sommeil est brusque et instantanée, comme à la suite d'un coup de gong ou d'une vive impression lumineuse. Dans ce cas, le sujet une fois réveillé ne sait en aucune façon comment le sommeil est survenu. Il ignore même s'il a dormi. Il n'a souvenir ni d'un bruit violent, ni d'une vive lumière. Certains faits même qui ont précédé de quelques instants l'expérience ont également disparu de sa conscience sans laisser aucune trace.

Lorsque les expériences d'hypnotisme sont conduites avec mesure et précaution, elles ne laissent après elles aucune fatigue. Si l'examen

s'était un peu prolongé, presque toutes les malades sur lesquelles j'ai expérimenté accusaient au réveil un sentiment de froid général. Elles frissonnaient et éprouvaient le besoin de se réchauffer.

Certaines personnes, se fondant, paraît-il, sur des expériences faites sur des animaux, ont avancé que l'hypnotisme pouvait devenir dangereux et entraîner pour la santé des sujets qui y étaient soumis les plus graves conséquences.

Une distinction est ici nécessaire. Certes, lorsque les expériences portent sur des sujets jeunes et bien portants et qu'elles sont conduites sans mesure, il est à craindre qu'elles ne favorisent l'éclosion de certaines dispositions névropathiques latentes jusque-là, et que l'état de déséquilibration intellectuelle momentanée, qui caractérise quelques-unes des phases de l'hypnotisme, ne persiste dans leur intervalle et ne devienne permanent. Mais si nous nous adressons à un organisme déjà déséquilibré, manifestement atteint de diathèse nerveuse, ainsi que nous l'avons toujours fait en choisissant pour sujets les grandes hystériques, ce danger n'est plus alors redouter. Néanmoins nous pouvons affirmer que, du moins entre les mains de gens expérimentés et instruits, les expériences d'hypnotisme sont sans aucun inconvénient pour les sujets et à plus forte raison sans danger pour eux.

Ne peut-on pas, au contraire, trouver dans l'emploi méthodique et rationnel des pratiques de l'hypnotisme de précieuses ressources pour le traitement des maladies et en particulier des désordres nerveux. Braid l'affirme, et rapporte un certain nombre d'observations qui, malheureusement, ne reposent pas sur des bases assez solides pour rendre inattaquable cette partie de son œuvre.

Mais nous ne pouvons que souscrire aux considérations pratiques dans lesquelles il entre à ce sujet.

En proposant aux médecins l'hypnotisme comme un moyen thérapeutique précieux, Braid se défend de voir dans cet agent un remède universel présent ou à venir. Il ajoute : « Je suis, au contraire, certain qu'il faudra toute l'acuité d'observation et toute l'adresse des médecins pour décider dans quel cas il sera bon et sans danger d'y avoir recours. j'ai toujours condamné, dans les termes les plus énergiques, l'usage de ce moyen dans les mains des personnes étrangères à la médecine, que ce fût par curiosité ou même par un sentiment plus élevé et plus charitable; — le désir de soulager des malades; je suis convaincu qu'il ne devrait servir qu'aux médecins seuls. Il m'est arrivé de rencontrer des cas dans lesquels je croyais dangereux de l'appliquer, et d'autres cas où j'aurais considéré comme très hasardeux de pousser l'opération aussi loin que les malades le désiraient. »

Depuis Braid jusque dans ces derniers temps, quelques médecins ont poursuivi empiriquement l'emploi thérapeutique de l'hypnotisme. Dans les auteurs les plus récents, on trouve quelques tentatives dans le sens d'une application plus scientifique et plus rationnelle. Mais ce ne sont encore là que des faits isolés; aucune règle générale, aucune méthode ne s'en dégage.

Pour nous, jusqu'à ce jour, nous n'avons vu dans ces recherches qu'un sujet d'études destinées à éclairer la physiologie et la pathologie du système nerveux. Étudier l'hypnotisme en lui-même et pour lui-même, en établir l'existence sur des bases solides et inébranlables, en définir nettement les principaux caractères, nous a semblé déjà une tâche assez difficile sans qu'il y ait lieu de la compliquer encore par des tentatives thérapeutiques que nous avons considérées jusqu'ici comme prématurées.

Tout nous porte à croire cependant que, s'appuyant d'une part sur les progrès de la neuropathologie, d'autre part sur une connaissance plus approfondie de la pathogénie et de la symptomatologie des divers états nerveux hypnotiques, l'avenir trouvera une nouvelle méthode thérapeutique dont nous ne pouvons encore qu'entrevoir le mode d'action et les résultats. Ce sera le couronnement de l'édifice dont nous jetons aujourd'hui les premiers fondements.

APPENDICE

Nous avons cherché à établir, dans le cours de cet ouvrage, que la grande hystérie formait une entité morbide parfaitement caractérisée, se confondant avec une des formes de l'hystéro-épilepsie des auteurs, se rattachant par des liens étroits à l'hystérie vulgaire dont elle est comme l'expression la plus haute et essentiellement distincte de l'épilepsie vraie. Mais, si la description que nous en avons faite en suivant la voie tracée par M. Charcot paraît s'éloigner, par certains côtés, du type jusqu'ici classique de l'hystérie, il ne faudrait pas en conclure que nous sommes aujourd'hui en présence d'une affection inconnue des siècles passés et n'ayant reçu que de nos jours le développement et la forme spéciale sur lesquels nous avons insisté.

Notre travail ne serait pas complet si nous ne recherchions dans les temps anciens les traces méconnues de la grande hystérie. Nous les retrouverons dans l'histoire de ces grandes épidémies convulsives qui ont désolé le moyen âge et qui, tour à tour regardées par le peuple comme des châtiments de la colère divine, ou des marques de la faveur céleste, étaient attribuées, suivant la circonstance, à l'influence diabolique ou à l'Esprit-Saint. Ce n'est pas un des moindres mérites de cette conception nouvelle de l'hystérie que de trouver sa justification dans l'étude du passé, et de rattacher, par un lien commun, un certain nombre de faits en apparence disparates, dont elle permet, par une suite de rapprochements légitimes, de saisir la véritable signification. Des auteurs autorisés ont déjà entrepris, sur quelques points, ces études de médecine rétrospective, je citerai Calmeil[1], Littré[2], Valentiner[3] et Charcot[4].

Nous avons vu (par l'histoire de nos malades) quelle influence jouent dans l'étiologie de la grande hystérie, les émotions vives qui, dans certains cas, suffisent à déterminer la forme des principaux accidents. Quoi d'étonnant alors

1. *De la folie considérée au point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire.* Paris, 1845.

2. *Un fragment de médecine rétrospective*, in *La philosophie positive*, Revue, n° 1. 1869.

3. *Des rapports entre l'hystérie et les affections convulsives épidémiques liées à la folie religieuse, comme la possession, les manifestations des convulsionnaires*, etc. Trad. de l'allemand par Teinturier, in *Mouvement médical*, 1872.

4. In *Leç. sur les mal. du syst. nerv.*

que l'excitation religieuse ait provoqué, à certaines périodes d'exaltation, ces effets de réaction sur le système nerveux qui, en dernière analyse, donnent naissance à la grande hystérie !

En outre des circonstances étiologiques, les analogies que nous signalons ici entre les anciennes épidémies convulsives et la grande hystérie que nous observons de nos jours à l'état sporadique, se fondent sur la contagion nerveuse aujourd'hui parfaitement démontrée des accidents hystériques et sur la similitude des manifestations symptomatiques.

C'est sur ce dernier point seulement que nous nous proposons d'insister et les faits sur lesquels nous désirons à ce sujet attirer l'attention seront répartis sous quatre chefs principaux :

1° La chorée épidémique du moyen âge ;
2° Les épidémies de possession démoniaque ;
3° Les convulsionnaires ;
4° Les extatiques.

Notre manière de voir s'appuie sur des arguments puisés à deux sources différentes.

1° Dans ma première série nos preuves sont tirées des récits des contemporains, narrations souvent naïves, parfois empreintes d'exagération, mais au milieu desquelles il est aisé de dégager l'observation sincère du fait lui-même, des interprétations plus ou moins fantaisistes dont il est l'objet.

2° Nous trouvons une seconde série d'arguments qui viennent contrôler en quelque sorte les précédents, dans les représentations (tableaux ou gravures) que nous ont laissés les artistes du temps. Certaines peintures représentant des démoniaques ont un accent de vérité qui prouve que l'artiste a pris son modèle dans la nature même. Et les traits du personnage possédé du démon sont si précis et si caractéristiques, qu'ils nous permettent aujourd'hui d'y reconnaître d'une façon certaine les signes de la grande hystérie.

Cet appendice se divisera donc naturellement en deux parties :

1° *L'hystérie dans l'histoire ;*
2° *L'hystérie dans l'art.*

PREMIÈRE PARTIE

L'HYSTÉRIE DANS L'HISTOIRE

Mon dessein n'est point d'entreprendre une étude critique complète de tous les faits dont il est question. Le point de vue auquel nous nous placerons est essentiellement restreint. Il ne s'agit point de fournir l'explication de tous les phénomènes observés, en faisant intervenir, en même temps que les diverses névroses, soit l'aliénation mentale, soit le magnétisme, soit la supercherie, etc. ; encore moins s'agit-il d'entrer dans la discussion de la cause surnaturelle attribuée par quelques auteurs à tous ces accidents.

Je n'ai d'autre intention que de réunir ici dans cet appendice, un certain

nombre de citations puisées, pour la plupart, dans les auteurs contemporains des faits dont il s'agit, aussi bien parmi les partisans que parmi les adversaires du surnaturalisme, et, qui placées ainsi en regard de nos études sur la grande hystérie, mettront en valeur deux points qui sont comme les deux faces d'une même proposition : *a*) l'existence dans les temps anciens de la grande hystérie avec les principaux caractères que nous lui avons assignés; *b*) la part qui, dans un certain nombre de faits anciens d'une appréciation difficile, doit être faite à la grande hystérie.

Je serai aussi sobre de réflexions que possible, désirant laisser aux faits eux-mêmes toute leur valeur.

PREMIÈRE SECTION

CHORÉE ÉPIDÉMIQUE DU MOYEN AGE. — CHOREA MAJOR

La chorée épidémique du moyen âge, qui diffère à tant de titres de la chorée vulgaire d'aujourd'hui, si bien qu'on ne saurait reconnaître dans ces deux affections les degrés différents d'une même maladie, nous paraît devoir être considérée comme une des manifestations de la grande hystérie. Il nous semble que, sans forcer les analogies, il nous sera facile de trouver là le même cortège de symptômes principaux. La grande attaque s'y retrouve avec la succession de ses différentes périodes. Nous avons vu plus haut quelles variétés de formes pouvaient revêtir les agitations et les « grands mouvements » de la deuxième période[1]. Dans les possessions c'est la « contorsion » qui domine. Ici ce sont les « grands mouvements » qui prennent une extension telle qu'il ont, en quelque sorte, relégué dans l'ombre les autres symptômes de la maladie et lui ont mérité le nom qu'elle porte. Au milieu d'un désordre généralement assez grand, ils ont conservé quelques traits du rhythme qui est le propre d'une partie de ces « grands mouvements » et, sous des influences qu'il nous est difficile d'apprécier exactement aujourd'hui, mais dont nous ne pouvons aisément concevoir le mode d'action, ils ont revêtu les caractères d'une danse plus ou moins effrénée.

I. CHORÉE ÉPIDÉMIQUE EN ALLEMAGNE ET DANS LES PAYS-BAS.

DANSE DE SAINT-JEAN. — DANSE DE SAINT-GUY

La chorée rhythmique, qui ne saurait être confondue avec la chorée vulgaire doit être rangée, dans certains cas, parmi les manifestations de la grande hystérie. Elle devient une preuve de plus en faveur de notre manière de voir et nous montre qu'il n'y a rien d'irrationnel à rapporter à la grande hystérie les mouvements rhythmés de la dansomanie.

Dans la description suivante que donne Hecker[2] de la danse de Saint-Jean

1. Voy. p. 78 et p. 201.
2. *Mémoires sur la chorée du moyen âge*, traduit de l'allemand, par M. Ferd. Dubois. (*Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1834, t. XII, p. 313.)

je ferai ressortir : la présence d'hallucinations qui rappellent celles de la troisième période de la grande attaque, les contorsions qui se trouvaient mêlées à la danse; les convulsions à forme épileptique qui inauguraient parfois les accès; enfin l'influence de la compression de l'abdomen sur l'arrêt ou tout au moins l'atténuation de ces accidents variés.

« Déjà, en 1374, on avait vu, à Aix-la-Chapelle, arriver de l'Allemagne des troupes d'hommes et de femmes, qui réunis par un délire commun, offraient au peuple, dans les rues et dans les églises cet étrange spectacle. Se tenant par la main, et emportés par leur sens, dont ils n'étaient plus maîtres, ils dansaient des heures entières, et prolongeaient ce spectacle, sans être intimidés par les assistants, jusqu'à ce que, épuisés, ils tombassent à terre. Puis ils se plaignaient d'une grande angoisse, et gémissaient comme s'ils eussent senti l'approche de la mort, *jusqu'à ce qu'on leur eût serré le ventre avec des linges;* après quoi ils revenaient à eux-mêmes et se trouvaient momentanément délivrés de leur mal. C'était dans le but d'agir contre la tympanite qui se déclarait après leur accès, que l'on avait recours à cette manœuvre; souvent on s'y prenait plus simplement encore, *en leur donnant des coups de poings et de pieds dans le bas-ventre.* Pendant leur danse, *ils avaient des apparitions,* ils ne voyaient ni entendaient, et leur imagination leur faisait voir des esprits dont ils prononçaient ou plutôt hurlaient les noms. Plus tard on en vit parmi eux assurer qu'ils s'étaient crus plongés dans un ruisseau de sang et que c'était pour cela qu'ils sautaient si haut. D'autres voyaient dans leur extase, le ciel ouvert, la Vierge et le Sauveur sur son trône, selon les nuances variées que la croyance du temps imprimait à leur imagination fantastique.

» Dans le cas où la maladie était complètement développée, *les accès commençaient par des convulsions épileptiques.* Les malades tombaient à terre, haletants, sans connaissance, l'écume leur sortait de la bouche, puis ils se levaient en sursaut et commençaient *leur danse accompagnée de hideuses contorsions.*

» Il ne fallut que quelques mois pour propager ce fléau d'Aix-la-Chapelle, où il se montra en juillet, jusque dans les Pays-Bas. A Liège, Utrecht, Langres et beaucoup d'autres villes de la Belgique, ces danseurs frénétiques parurent avec des couronnes sur la tête, et le ventre entourés de linges, afin de pouvoir trouver sans délais du soulagement, dès que la tympanite succédait à la frénésie. *On leur serrait facilement le ventre en tordant le linge,* au moyen d'un bâton qu'on y passait; cependant un grand nombre préférait les coups de poings et les coups de pieds, et pour cette opération il ne manquait pas de gens de bonne volonté, car dans les lieux où se passaient de pareilles scènes, le peuple se rassemblait en foule pour repaître ses regards avides de cet affreux spectacle. »

Pendant leurs accès les malheureux danseurs se livraient à des violences, envers eux-mêmes ou envers les autres, que nous avons fréquemment observées pendant les accès de grande hystérie.

« Ils déchiraient souvent leurs vêtements on se livraient à d'autres excès; aussi, ceux qui en avaient les moyens, se faisaient accompagner par des surveillants qui les empêchaient de se faire du mal à eux-mêmes ou d'en faire aux autres. »

Partout cette maladie répandait l'effroi et fut bientôt mise sur le compte du diable. Les prêtres eurent recours aux exorcismes. Souvent les malades réunis en troupes vomissaient des imprécations contre eux et voulaient les mettre à mort.

Aux accidents convulsifs nous voyons s'adjoindre les longues périodes délirantes.

En dehors de leurs convulsions les possédés faisaient des discours et proféraient des menaces. « Dans un état qui tenait du sommeil magnétique », ils déclaraient que si on ne se hâtait de chasser les démons, ceux-ci passeraient dans le corps des grands et des princes, et par leur moyen anéantiraient le clergé.

L'érotomanie avait également sa part dans ce délire.

A Metz où l'on rapporte que mille danseurs remplissaient les rues:

«... Des jeunes gens des deux sexes s'enfuyaient de chez leurs parents, et des domestiques de chez leurs maîtres, pour sucer avec avidité le venin de la contagion et se repaître du spectacle des danseurs. On vit plus d'une centaine de jeunes filles se démener comme des frénétiques dans les lieux saints ou profanes, et montrer bientôt quelle flamme avait été éteinte en elles... »

Les danseurs, après leurs violents accès, éprouvaient le soulagement et le sentiment de bien-être qu'il n'est pas rare d'observer après les grandes attaques hystériques.

La musique saisissait fortement les malades, elle excitait et augmentait leurs accès. Aussi les magistrats payaient-ils des musiciens pour faire passer plus vite les accès.

Nous retrouverons dans le tarentisme d'Italie, qui offre tant d'analogies avec la grande chorée d'Allemagne, cette influence si remarquable de la musique sur la violence des accès.

« Il est au reste prouvé, dit Hecker, par un grand nombre de relations, que la musique a singulièrement contribué à prolonger l'existence de la danse de Saint-Guy; que de plus, elle déterminait l'apparition des accès, en augmentait l'intensité, et peut-être aussi tendait ensuite à les affaiblir. Déjà, au XIVe siècle, les troupes de danseurs étaient accompagnées de musiciens qui excitaient leur ivresse; et il est probable que les airs trop animés et les sons perçants des flûtes et des trompettes augmentaient jusqu'à la furie l'extase, peut-être sans cela bénigne, de bien des malades. Dans les temps ultérieurs, le but principal qu'on se proposait en faisant de la musique, était aussi de rompre la racine du mal lui-même par la violence des accès. »

En dehors des accidents convulsifs terribles qu'ils présentaient, les danseurs jouissaient d'un état mental dont le trait saillant était la bizarrerie.

Ils avaient une aversion maladive pour les souliers pointus, si bien qu'un édit parut défendant de porter d'autres souliers que ceux à pointes obtuses. Ceci montre jusqu'à quel point cette étrange maladie avait inspiré la terreur.

Les couleurs étaient, de la part de ces exaltés, l'occasion des sentiments les plus divers. Le rapprochement est intéressant à établir ici, si nous songeons quel rôle jouent les couleurs dans les hallucinations des hystériques et comment ces sortes de malades subissent, en maintes occasions, une fascination ou une répulsion tout instinctives pour certaines couleurs.

Les danseurs d'Allemagne ne pouvaient supporter la couleur rouge, dont l'influence, dit Hecker, sur les nerfs attaqués nous montre une analogie singulière entre ces maladies convulsives et l'état des animaux furieux, mais qui, chez ces frénétiques, était probablement aussi en rapport avec les images

de leur extase. Il y en avait qui ne pouvaient supporter l'aspect de personnes en pleurs.

Les accès étaient parfois précédés de prodromes plus ou moins éloignés qui se rapprochent beaucoup des prodromes de la grande attaque d'hystérie.

Vers la fin de l'épidémie, du temps de Schenck, des malades n'étaient saisis de leurs accès qu'une fois dans l'année et cela au moment de la fête de Saint-Jean.

« Pendant tout le mois de juin, avant la fête du saint, ils sentaient une angoisse et une inquiétude insurmontables; ils étaient tristes, craintifs, erraient sans cesse poussés par des douleurs vagues qui commençaient tout à coup dans différentes parties du corps, et attendaient impatiemment la veille du jour de Saint-Jean, persuadés que la danse autour des autels de ce saint ou de saint Guy (car dans le Brisgau on attendait des secours de tous les deux), les délivrerait de leurs tourments. Leurs espérances se réalisaient en effet, car après avoir dansé et crié pendant trois heures et satisfait ainsi à leur besoin irrésistible, ils étaient quittes pour le reste de l'année. »

Le plus grand nombre des gens atteints faisaient partie de la classe pauvre.

Dans les causes de ces maladies Hecker range : la misère occasionnée par la peste noire, la tension extraordinaire des esprits à cette époque tourmentée de l'histoire, la croyance au merveilleux et la crainte superstitieuse des esprits.

Paracelse distinguait trois espèces de chorée d'après les symptômes : la première avait sa source dans l'imagination (*Chorea imaginativa*), elle fut selon lui la maladie primitive; la seconde espèce dépendait de désirs sensuels avec *enchaînement de la volonté* (*Chorea lasciva*); enfin la troisième provenait de ce qu'il appelle *les causes corporelles* (*Chorea naturalis coacta*). Cette dernière était la forme la plus bénigne.

Après avoir commencé à Aix-la-Chapelle l'épidémie s'étendit à Liège, Utrecht, Cologne et Metz.

L'an 1418, Strasbourg fut visité par le *fléau de la danse* (tansplage). Les symptômes étaient les mêmes qu'en Belgique et dans les provinces rhénanes.

Pendant longtemps ce terrible fléau jeta l'épouvante parmi les populations d'Allemagne et des Pays-Bas. La médecine, malgré les nombreux remèdes conseillés par Paracelse, était à peu près réduite à l'impuissance par la croyance du peuple à une influence surnaturelle. Ces fanatiques se rendaient en pèlerinage, pour y chercher leur guérison, à la chapelle de Saint-Guy, à Dresselhausen, dans le district d'Ulm, en Souabe.

Comme dans tous les malheurs publics, la fourberie s'en mêla et mit le comble à la confusion. Des bandes de mendiants plongés dans le vice et dans la misère profitèrent de cette maladie pour persister dans leur vagabondage. Ils imitaient les gestes et les convulsions des malades, et répandaient la contagion en parcourant le pays pour chercher des aventures.

Aussi l'épidémie ne s'éteignit-elle que lentement et persista jusqu'au XVIe siècle.

II. TARENTISME

Le tarentisme d'Italie qui sévit vers la même époque, et dont on attribuait les accidents bizarres à la morsure d'une araignée venimeuse, la tarentule, n'est qu'une variété de la grande chorée qui présente les plus grandes analogies avec la danse de Saint-Guy.

Parmi les malades :

« Les une éprouvaient une altération sensible de leur faculté visuelle et de leur faculté auditive; d'autres perdaient l'usage de la parole, et tous restaient insensibles aux moyens d'excitation ordinaires. La flûte et la guitare pouvaient leur procurer du soulagement; alors, comme réveillés peu à peu d'un sommeil magique, ils ouvraient les yeux, se mouvaient d'abord lentement et en mesure, puis, celle-ci devenant plus rapide, ils étaient entraînés à une danse passionnée. » (Hecker *loc. cit.*)

On voit qu'ici l'accès de danse se développe sous l'influence de la musique. Il nous est impossible de ne pas rapprocher ces faits de ce que nous avons vu se produire chez nos malades, dans cet état d'automatisme hypnotique dont nous avons parlé plus haut. La musique était alors la maîtresse absolue de leur organisation; suivant le mode de la mesure ou l'expression du morceau, nos malades se livraient inconsciemment à une mimique variée ; rien de plus facile que de leur faire exécuter les mouvements de la danse... Mais aussitôt que la musique cessait, elles retombaient dans leur torpeur. La même chose avait lieu au temps du tarentisme.

« Au dire d'Alexandro, dès que les clarinettes et les timbales cessaient de se faire entendre, ce qui devait arriver souvent, puisque les danseurs fatiguaient les plus robustes musiciens, les malades s'arrêtaient tout à coup, et tombaient à terre dans un nouvel accès de mélancolie et d'épuisement, dont il n'y avait moyen de les tirer qu'en leur faisant recommencer la danse... » (Hecker, *loc. cit.*)

Je rappellerai ici que les malades avaient une prédilection marquée pour les armes brillantes dont ils s'emparaient et qu'ils brandissaient pendant leur accès. En général, l'influence de l'éclat des métaux sur les sens des malades fut très souvent observée.

La vue de l'eau et de la mer leur produisait des impressions analogues. Les personnes attaquées du tarentisme avaient une véritable passion pour la mer.

« Elles étaient attirée par la surface immense et azurée de la mer, et demeuraient abîmées en la contemplant. Chez quelques-uns cette passion inexplicable atteignait un si haut degré, qu'ils se précipitaient avec une aveugle furie dans les flots, comme des danseurs de Saint-Guy dans les torrents. Cet état... se traduisait chez d'autres malades par la jouissance que leur causait la vue des verres remplis d'eau limpide. Pendant la danse ils portaient en main des verres pleins d'eau et faisaient des gestes bizarres; d'autres aimaient qu'on leur mît, au milieu de la place où la danse avait lieu, de grands vases remplis d'eau, entourés de roseaux et d'autres plantes aquatiques, où ils plongeaient la tête et les bras avec une grande volupté. » (Ibid. *loc. cit.*)

Là se révèle bien l'extravagance hystérique, et aussi dans ce qui suit :

« D'autres se roulaient dans des monceaux de terre, et s'y faisaient enterrer jusqu'au cou, ce qui leur procurait quelque soulagement. Enfin on pourrait parler d'autres phénomènes qui, par leur infinie variété, révèlent tous un état d'excitation nerveuse contre nature. » (Ibid. *loc. cit.*)

Nous retrouvons ici cette influence curieuse des couleurs sur les sentiments des malades. En Allemagne les danseurs ne pouvaient supporter la vue de la couleur rouge.

En Italie, cette sympathie ou cette aversion pour les couleurs était variable. On vit même des tarentés ne point se lasser d'admirer la couleur rouge, d'autres s'extasiaient devant le vert.

« Et des témoins oculaires, dit Hecker, nous représentent cette passion pour les couleurs si vive, si profonde, qu'ils ne peuvent trouver de termes pour exprimer leur surprise lorsqu'un malade découvrait quelques-unes de ces couleurs qui lui étaient chères. Il se jetait avec impétuosité sur l'objet coloré, le dévorait avidement des yeux, le baisait, l'approchait de son cœur et le comblait de toutes sortes de caresses; passant ensuite peu à peu à des sentiments plus doux, il prenait un air languissant comme un amant, et il embrassait avec le plus grand transport, et les larmes aux yeux, l'étoffe qui était devant lui, comme s'il eût voulu se plonger dans la plus enivrante volupté. »

A la vue des couleurs qui leur étaient odieuses, les malades entraient dans une fureur inexprimable.

« Matthioli dépeint les accidents causés par la morsure de la tarentule, comme étant de nature très diverse. Quelques malades étaient pris d'accès de joie, ils restaient longtemps éveillés, ils riaient, chantaient, dansaient, et présentaient une exaltation remarquable de la sensibilité; d'autres, au contraire, tombaient dans un état de torpeur. La plupart étaient fatigués par des nausées et des vomissements; d'autres avaient un tremblement continuel; on en vit même assez souvent tomber dans des accès de fureur. A tout cela se joignait la mélancolie ordinaire à cette maladie... » (Hecker, *loc. cit.*)

« On voyait fréquemment des malades perdre la voix, d'autres devenir aveugles pendant quelque temps, d'autres avoir des étourdissements, ou bien tomber dans un état complet de folie accompagnée d'insomnie opiniâtre, ou bien verser souvent des larmes sans cause extérieure apparente. Beaucoup de malades se trouvaient soulagés en se faisant balancer et berner; d'autres demandaient qu'on les frappât rudement sur la plante des pieds, de manière à déterminer de la douleur, autrement ils se frappaient eux-mêmes non point par jonglerie, mais bien pour apaiser le sentiment de chatouillement violent qu'ils éprouvaient dans tous leurs nerfs. On en vit aussi quelques-uns, comme chez les danseurs de Saint-Guy, dont l'abdomen se gonflait d'une manière considérable..... Ces malheureux tombaient dans une mélancolie profonde qui leur faisait rechercher le son lugubre des cloches funèbres et le séjour des cimetières et des tombeaux... » (Ibid. *loc. cit.*)

III. ÉPIDÉMIE RÉCENTE DE DANSOMANIE

Le Dr Davy, de Cincinnati, a rapporté récemment l'histoire d'une affection nerveuse épidémique, présentant les caractères des formes bénignes de la danse de Saint-Vitu, et qui s'était déclarée parmi les élèves d'un couvent d'Ursulines.

Les causes de la maladie sont jusqu'ici restées obscures. D'après les renseignements les plus précis, la maladie se serait déclarée pour la première fois chez une jeune fille qui en avait été déjà légèrement atteinte avant son entrée dans cette école. Une semaine après, huit élèves tombèrent malades dans la même journée, et bientôt la maladie s'étendit avec une telle rapidité qu'on dut fermer l'école sans plus attendre. Les élèves qui restèrent dans la maison après le licenciement furent toutes atteintes sans exception, ainsi que quelques-unes des religieuses.

La maladie se manifestait par une névralgie légère accompagnée de nausées et quelquefois de vomisssements et de diarrhée. Les épaules et les membres étaient ensuite agités de secousses et de contractions saccadées et involontaires; ces divers phénomènes s'accompagnaient en outre d'un état mental spécial.

Dès que les malades eurent été envoyées en convalescence hors du couvent, tous ces symptômes s'amendèrent rapidement [1].

DEUXIÈME SECTION

ÉPIDÉMIES DE POSSESSION DÉMONIAQUE

Toutes les épidémies de possession démoniaque se ressemblent. Chez toutes, il nous est facile de trouver des faits qui plaident en faveur de la thèse que nous soutenons. Mais il nous suffira de choisir quelques exemples et nous les prendrons parmi les épidémies de possession démoniaque qui eurent le plus de retentissement.

C'est ainsi que nous étudierons successivement la possession dite des nonnains vers le milieu du XVIe siècle, puis, au XVIIe siècle, la possession des Ursulines d'Aix, celle des Ursulines de Loudun, celle des filles de Sainte-Élisabeth à Louviers. Enfin sans nous arrêter aux épidémies de possession du XVIIe siècle qui eurent moins d'éclat, nous rapprocherons des possessions célèbres dont il vient d'être question, plusieurs histoires modernes, faits d'épidémie de possession démoniaque en plein XIXe siècle, à Morzines en 1860, à Verzeguis en 1878, à Plédran et à Jaca en 1881.

1. Danse de Saint-Vitu et affections analogues. Épidémie récente dans un couvent d'Ursulines du comté de Brown, par le Dr Davy de Cincinnati (*Cincinnati Lancet and clin.*, 8 mai 1880).

POSSÉDÉES D'ALLEMAGNE, 1550-1560

Vers le milieu du XVIe siècle, on vit éclater dans une foule d'endroits, dans le Brandebourg, en Hollande, en Italie et particulièrement dans les monastères l'Allemagne, une affection convulsive épidémique souvent désignée dans les anciens livres sous le nom de *possession des nonnains.*

Bien que très incomplètes, les relations qui nous en sont parvenues permettent cependant de retrouver un certain nombre de caractères, d'où ressort clairement la place importante occupée par la grande hystérie dans cette affection qui causa un si grand étonnement parmi ceux qui en furent témoins.

J'emprunterai la plupart des détails suivants au remarquable ouvrage de M. Calmeil.

Le début de l'affection était marqué par des hallucinations auxquelles s'associaient plus tard des troubles variés de la motilité (soubresauts, secousses; contracture de l'œsophage, attaques convulsives) et de la sensibilité (anesthésie, hyperesthésie).

Au sujet de ce qui advint aux nonnains de Brigitte en leur couvent près de Xanthe, voici ce que rapporte S. Goulard, dans ses *Histoires admirables et mémorables*.

« Maintenant elles tressaillaient ou bêlaient comme brebis, ou faisaient des cris horribles. Quelquefois *elles étaient poussées hors de leurs chaires, au temple ou à la messe;* on leur arrachait le voile de dessus la teste : et quelquefois leur *gaviou* (gosier) était tellement *étouppé* (fermé) qu'impossible leur était d'avaler aucune viande. Cette étrange calamité dura l'espace de dix ans, en quelques-unes. Et disait-on qu'une jeune nonnain éprise de l'amour d'un jeune homme en était cause, pour ce que ses parents le lui avaient refusé en mariage, et *que le diable prenant la forme de ce jeune homme s'était montré à elle en ses plus ardentes chaleurs*, et lui avait conseillé de se rendre nonnain, comme elle fit incontinent. Enfermée au couvent, elle devint comme furieuse et montra à chacun des horribles et étranges spectacles. Ce mal se glissa comme une peste en plusieurs autres nonnains. Cette première séquestrée s'abandonna à celui qui la gardait et en eut deux enfants.

« J'ai entendu dire que le diable tourmenta pendant quelques années les nonnains de Hessimont, à Nieumège. Un jour il entra par un tourbillon en leur dortoir, où il commença un jeu de luth et de harpe si mélodieux que les pieds frétillaient aux nonnains pour danser... Puis il prit la forme d'un *chien*, se lançant au lit d'une soupçonnée coupable du péché qu'ils nomment muet.

En un autre couvent près de Cologne, environ l'an 1560, le diable se pourmenait en guise de *chien*, et se cachant sous la robe des nonnains, y faisait des tours honteux et sales.

Autant en faisait-il à Hensberg, en le duché de Clèves, sous la figure de *chat*[1]... »

On voit que les formes d'animaux n'étaient pas rares parmi les hallucinations de ces possédées.

Il en était à peu près de même des religieuses de Kintrop.

1. *Histoires admirables et mémorables, etc.*, par S. Goulard, t. I, Paris, 1600 (cité par L.-F. Calmeil, *De la Folie*, Paris 1845, t. I, p. 268).

« Toutes les démoniaques de Kintorp, dit Calmeil, accusaient à la plante des pieds une sensation de brûlure comparable à celle qui aurait été produite par le contact de l'eau bouillante sur ces parties. Les plus jeunes sœurs, dont la loquacité était le plus exubérante, et qui étaient surtout frappées de l'idée que la cuisinière du couvent s'entendait avec le diable pour produire les vexations auxquelles elles se voyaient en proie, *prétendaient apercevoir autour d'elles des diables cachés sous la forme de chattes, des ombres qui les assiégeaient sous les traits de la cuisinière, sous les traits de la mère et du frère de cette malheureuse fille*[1]. »

Au couvent de Nazareth, à Cologne, nous retrouvons l'hallucination génésique nocturne.

« Une jeune nonne nommée Gertrude, cloîtrée depuis sa quatorzième année, passait pour avoir inoculé l'hystérie et la nymphomanie à ses compagnes. *Gertrude croyait partager sa couche avec un incube;* bien qu'elle eût soin de placer à ses côtés une étole consacrée pour éloigner cet esprit charnel de sa personne, il lui arrivait de s'abandonner pendant la nuit à des mouvements animés qui effrayaient les moinesses.

« Une religieuse couchée dans un lit voisin de celui de Gertrude tomba la première dans des attaques de convulsions : à la suite des paroxysmes, sa raison parut égarée et on l'entendait délirer sur les matières qui ont trait à la damnation. Bientôt les convulsions et les idées déraisonnables purent être notées sur la plupart des nonnes du couvent[2]. »

L'*anesthésie* est signalée chez les moinesses de Kintrop qui, dans leur exaltation, s'obstinaient à se frapper, se faisaient des ecchymoses, des morsures, et tout cela *sans donner aucun signe de douleur.*

L'une d'entre elles, Anne Langon, qui avait été atteinte des premières, souffrait dans l'*hypocondre gauche.*

Tous ces accidents, les uns effroyables, les autres grotesques qui, après s'être montrés chez une des religieuses du couvent, s'étendaient tout d'un coup avec la rapidité d'une traînée de poudre et gagnaient bientôt ses compagnes affolées, étaient mis tout naturellement sur le compte du démon. Les religieuses tourmentées ne tardaient pas à se croire effectivement possédées de l'esprit malin, et cette croyance entretenue par la nature de leurs hallucinations les poussait à faire retomber sur la tête de quelque malheureuse réputée sorcière, la responsabilité de tous leurs maux[3].

Les troubles psychiques que présentaient les possédés ont les plus grandes analogies avec ceux que nous avons pu observer chez nos malades hystériques. En outre des hallucinations et des idées fixes qui en étaient la conséquence, nous retrouvons là, les impulsions irrésistibles, l'inaptitude au travail et aux occupations sérieuses, la tendance aux extravagances, etc.

1. Calmeil, *loc. cit.*, t. I, p. 260.
2. Calmeil, *loc. cit.*, t. I, p. 263.
3. A Uvertet les religieuses accusèrent une pauvre matrone du voisinage, qui fut arrêtée et jetée en prison en même temps que sept autres femmes soupçonnées comme elle de rendre un culte au démon. La malheureuse sage-femme mourut au sortir de la question qu'on lui avait appliquée pour lui extorquer l'aveu d'un crime qu'elle persistait à nier.

La religieuse soupçonnée d'avoir ensorcelé les filles de Sainte-Brigitte fut enfermée dans les prisons de l'église.

La possession de Kintrop fit deux victimes. La cuisinière du couvent nommée Elise Kame épileptique elle-même et à moitié folle fut condamnée aux flammes. Sa mère dut se résigner au même sort.

« Les filles de Kintrop n'exerçaient plus aucun empire sur leur volonté. Il leur arrivait de se mordre, de frapper et de mordre leurs compagnes, de faire des efforts pour se jeter sur les étrangers qu'elles auraient voulu blesser. On les surprenait à se porter les unes les autres, à se précipiter contre le sol et à faire cent autres actions non moins déraisonnables [1]. »

S. Goulard nous rapporte sur Anne Langon les détails suivants :

« Si Anne parlait en ses accès, cela semblait se faire par le moyen de quelqu'autre qui tirait et repoussait son vent. Elle s'entendait bien parler, mais les paroles finies, elle ne se ressouvenait nullement de ce qu'elle avait dit, si ce n'était qu'on lui répétât, car alors elle se remémorait les avoir prononcées; mais la honte faisait qu'elle aimait mieux se taire. Si quelquefois elle se mettait en oraison, soudain elle était troublée par le malin esprit, tellement qu'elle ne pouvait, comme elle eût voulu, attentivement poursuivre son propos ni mouvoir sa langue. Mais s'il advenait qu'elle murmurât sans y penser, les prières ou heures vulgairement nommées canoniques, tant s'en faut alors qu'elle se sentît empêchée que même elle sentait allègement.

» Au reste, elle demeura toute hébétée, destituée de sens, de discrétion et de jugement, si qu'elle ne put oncques penser attentivement à quelque chose que ce fût. S'il advenait que quelque homme de bien, dévot et craignant Dieu, parlât à elle, lors il semblait que le diable l'en punit. Au contraire, si les autres femmes devisait avec elle de menues affaires et des choses de néant, elle y prenait plaisir et en était allégée. Depuis aussi, lorsqu'on l'exorcisait, elle jeta grande quantité de sang par la bouche, sans que pour l'heure il lui en advint autre mal [2]. »

Les attaques convulsives débutaient parfois par une phase d'immobilité qui rappelle la phase tonique de la période épileptoïde

Les principaux caractères des convulsions sont indiqués dans les passages suivants :

« Dans les instants où elles (les nonnes d'Uvertet) paraissaient jouir d'un calme parfait, il leur arrivait de tomber à la renverse, d'être privées de l'usage de la parole, de demeurer étendues sur le sol comme si elles eussent complètement perdu connaissance. Mais parfois elles sortaient subitement de cette immobilité momentanée, et *imprimaient à leurs contractions musculaires un degré d'énergie tel que les assistants ne parvenaient qu'à grand'peine à contenir leurs mouvements, et que elles s'élevaient et retombaient par bonds d'une manière effrayante.* Quelques minutes de repos suffisaient pour leur faire oublier le sentiment de fatigue occasionné par la violence de ces secousses nerveuses [3]. »

« Nous pouvons ici rapporter les convulsions monstrueuses et innombrables avenues aux nonnains du couvent de Kintorp, en le comté de la Marche, près Hammone. Un peu devant leur accès, et durant icelui, elles poussaient de leur bouche une puante haleine qui continuait parfois quelques heures. En leur mal, aucunes ne laissaient d'avoir l'entendement sain, de ouïr et de reconnaître ceux qui étaient autour d'elles, encore qu'à cause des convulsions de la langue et des parties servant à la respiration, elles ne pussent parler durant l'accès. Or, étaient les unes plus tour-

1. Calmeil, *loc. cit.*, t. I, p. 258.
2. S. Goulard, cité par Calmeil, *loc. cit.*, t. I, p. 270.
3. Calmeil, *loc. cit.* t. I, p. 255.

mentées que les autres et quelques-unes moins. Mais ceci leur était si commun qu'aussitôt que l'une était tourmentée, au seul bruit, les autres séparées en diverses chambres étaient tourmentées aussi [1]. »

»..... Et encore que toutes fussent ainsi étrangement affligées, si n'en perdèrent-elles point l'appétit et ne laissèrent de prendre nourriture. Le diable parlait souventes fois par la bouche des jeunes, lesquelles avaient l'esprit troublé, auxquelles aussi il se présentait en forme de chat noir et sous la figure d'Else Kamense, ou sous celle de sa mère, ou bien celle de son frère, tellement que toutes pensaient, mais faussement, que ces personnes fussent cause de tels tourments [2]. »

»..... On peut mettre en ce rang une autre nonnain du couvent de Bois-le-Duc, près le temple de Saint-Jean-Baptiste, nommée Jerdith, laquelle j'ai vu tourmentée du diable par étranges convulsions, car il lui serrait la gorge tellement qu'elle ne pouvait avaler..... Et lui tenait aussi la langue parfois en telle sorte qu'il l'empêchait de parler. D'autrefois je lui ai ouï proférer des propos ridicules et horribles [3]. »

Voici maintenant qui pourrait être mis sur le compte des hallucinations érotiques qui font partie de la troisième période de la grande attaque hystérique. La description suivante nous rappelle les *attitudes passionnelles* qu'il n'est pas rare d'observer sous l'empire de semblables hallucinations (Voy. p. 89). Nouveau point de rapprochement : le souvenir des hallucinations persiste après l'attaque.

« Les nonnains du couvent de Nazareth, à Cologne, furent presque tourmentées comme celles de Kintrop. Ayant été par long espace de temps tempêtées en diverses sortes par le diable, elles le furent encore plus horriblement l'an 1564, car elles étaient couchées par terre et rebrassées comme pour avoir compagnie d'homme, durant laquelle indignité leurs yeux demeuraient clos, qu'elles ouvraient après honteusement, et comme si elle eussent enduré quelque grième peine [4]. »

Enfin la guérison d'accidents si graves fut constatée chez une des moinesses de Kintrop parmi les plus gravement atteintes. Elle survint en quelque sorte spontanément, en dehors de l'influence des exorcismes, par le simple éloignement du théâtre de la possession et le séjour dans sa famille.

« Anne s'étant résolue à ne plus retourner au couvent duquel ses parents l'avaient retirée, mais de servir Dieu dévotement.... *cette calamité la laissa.* Toutefois, si elle recevait seulement des lettres de l'abbesse, elle sentait un frémissement par tout son corps, comme si, de bref, elle eût dû retomber en ce premier état. » (Goulard, *loc. cit.*)

L'heureuse influence du changement de milieu et de l'isolement sur les malades atteintes de grande hystérie n'a pas changé. De nos jours encore nous savons que ces mesures constituent l'un des adjuvants les plus utiles du traitement.

1. S. Goulard, *loc. cit.* (cité par Calmeil, *loc. cit.* t. I, p. 269).
2. S. Goulard, *loc. cit.* (cité par Calmeil, *loc. cit.* p. 271).
3. S. Goulard, *loc. cit.* (cité par Calmeil, *loc. cit.* p. 273).
4. S. Goulard, *loc. cit.* (cité par Calmeil, *loc. cit.* p. 272).

POSSESSION DES FILLES DE SAINT-URSULE A AIX, 1609-1611

Vers la fin de l'année 1609, les religieuses de Sainte-Ursule devinrent la proie des esprits déchus. Deux d'entre elles, Madeleine de Mandol, fille du sieur de la Pallud, gentilhomme provençal, et Louise Capeau d'origine roturière, accusèrent le prêtre Gauffridi de les avoir ensorcelées, le désignant comme le prince des magiciens d'Espagne, de France, d'Angleterre et de Turquie. Le procès, au milieu des péripéties les plus émouvantes, fut conduit par l'inquisiteur Michaëlis et jugé par le parlement de Provence. Il eut le bûcher pour dénouement. Le 30 avril 1611, Louis Gauffridi, prêtre bénéficié en l'église des Acoules, de Marseille, fut brûlé vif, à Aix, sur la place dite des Prêcheurs et ses cendres non encore refroidies lancées au vent.

Nous trouvons dans les écrits de Michaëlis de curieux détails concernant l'une des tristes héroïnes de ce sombre drame, la jeune Madeleine de Mandol, et qui sont destinés à jeter quelque lumière sur la nature des accidents morbides qui ont fait croire à la possession.

Ici, comme ailleurs, c'est la grande hystérie qui est en cause.

Les hallucinations, les mouvements impulsifs, l'horreur pour la confession, les tendances au suicide, les accès de fureur et de désespoir, les convulsions rhythmées, l'influence de l'imitation sur le développement des convulsions sont exprimés dans le récit suivant.

« Le 10 mars, Magdaleine nous récita que la nuit précédente, sur la minuit, elle se pourmenait par la chambre, ne pouvant reposer, *elle se trouva visiblement environnée de diables*, la persuadant de se retourner à Aix, et elle refusant, lui dirent : si elle ne savait pas bien que le jour du mercredi... elle et les autres avaient baillé la moitié de leur cœur au diable, et l'autre moitié au prince des magiciens, et de même du corps ?

» Le 21, Magdaleine a eu sept fois la torture, cruellement, ou en la chapelle ou en la chambre, mais au souper elle fut en repos... Néanmoins... après le souper vint Léviathan disant : Belzébud n'a point été ici ni moi... mademoiselle vous n'avez point été caressée par la torture.... il vous la faut bien bailler maintenant ; et quant quatre diables qu'elle voyait *visiblement* lui baillèrent la torture si cruellement, bien trois quarts d'heure, que trois hommes qui la retenaient étaient tout en sueur et n'en pouvaient plus...

» La nuit suivante... les diables, par force, lui faisaient prendre la route pour la faire sortir de la chambre où étaient ceux qui la regardaient. Le père F. Billet, s'en prenant garde, la fit retourner ; mais après, s'étant endormi, ils la voulaient enlever par la cheminée, et on la trouva ayant la tête contre la muraille de la dite cheminée, comme si on l'enlevait ; mais ils furent empêchés...

» Le lundi saint, au matin, Magdaleine fut fort tentée de ne se vouloir confesser à son propre confesseur, le père F. Billet, et dura cette tentation depuis le matin jusqu'à onze heures...

» A cette heure le possédé susdit de Marseille étant ramené à la chapelle, les diables de Magdaleine se prirent si fort à mugir, qu'on fut contraint de le sortir de la chapelle .. Est à noter qu'avons expérimenté que les diables qui sont en divers corps ne peuvent souffrir d'être ensemble ; ils grondent l'un contre l'autre, etc.., semblent se vouloir entremanger comme loup et pourceaux. A cette occasion il fallut séparer Magdaleine de Loyse Capeau, ce qui procède de leur superbe envie...

» L'après-dîner, Belzebud fit prendre un couteau à Magdaleine, et lui mettant dans

le seinla voulait tuer de sa propre main. Le couteau ôté, mettant la main au gosier, la voulait étrangler, mais on l'empêcha.

» A deux heures après-midi, Belzébud criait si hideusement que le père Michaëlis, avec son compagnon, étant logés de l'autre côté de l'archevêché, assez loin, y accoururent, et, adjuré par le dit père pourquoi il criait tant, répondit : J'enrage!

» Le mardi saint au matin, le diable Carreau, qui fait état d'endurcir les cœurs, empêcha Magdaleine de se vouloir confesser, et fallut batailler contre lui jusqu'à douze heures.

» Le jour de Pâques, à la sainte messe, Belzébud se tourmentait étrangement, se jetant par terre et voulant sortir de la chapelle; enfin il sortit.

» L'après-dîner, les chantres et musiciens de Saint-Sauveur étant venus pour soulager la fille, et chantant un motet en musique, le diable se tourmenta et tourmentait la fille avec grande violence... Lui commandant le père Romillon à la collation, de goûter du pain par obéissance et par dépit du diable, soudain lui baillèrent la torture comme auparavant quand elle voulait goûter du poisson ou du vin, lui renversant les bras et les jambes et l'haussant en haut.

» Les susdits tourments ont toujours continué à dîner et à souper de plus fort; dont la fille criait si haut qu'on entendait la voix de bien loin, et épouvantait ceux qui l'entendaient, Belzébud la vexant aussi à l'intérieur de grandes tentations de désespoir, lui disant qu'elle n'avait jamais fait une entière confession.... l'incitant à se précipiter de la fenêtre quand elle y était; ou de se frapper d'un couteau quand, elle était seule. La nuit précédente, la voulut faire brûler, et elle ne consentant point, la jeta contre le feu, et fut trouvée tout assoupie, la tête touchant presque le feu!

» Le père Romillon fut d'avis de faire tondre Magdaleine... De quoi Belzébud, extrêmement fâché, la tourmenta grièvement durant l'exorcisme et fort longtemps, lui faisant courber la tête par un continuel mouvement jusques à terre, tantôt devant, tantôt derrière, et donna souvent des coups de poings au front en disant : Je t'enseignerai bien de couper tes cheveux [1]... »

« Le 26 février, Asmodé, prince de luxure, commença d'agiter Magdaleine, faisant faire des mouvements déshonnêtes, comme il avait fait plusieurs fois à la Sainte-Baume, pour l'amener à une honte... Lors... les médecins et chirurgiens lui commandèrent de cheminer, puis de s'asseoir et de s'efforcer de réprimer ces mouvements. Elle, étant en bon sens, répondit qu'elle ne pouvait en nulle façon; ni eux-mêmes aussi ne la pouvant tenir, de là ils conclurent que naturellement cela ne pouvait être... *Cet impur démon sortait toujours par les parties honteuses, dont lui entrant et sortant, Magdaleine en avait honte* [2]... »

On voit par ce qui précède que les hallucinations génésiques ne faisaient point défaut.

Dans les passages suivants il est facile de retrouver les symptômes de la deuxième période de la grande attaque hystérique, avec les contorsions étranges et les « grands mouvements ». Dans l'intervalle des attaques, on peut relever la contracture de l'œsophage, des troubles variés de la motilité, secousses, soubresauts, et jusqu'aux mouvements de la chorée rhythmique.

« 1er de février 1611 (c'est Michaëlis qui parle), à l'exorcisme, Belzébud continuait à tourmenter Magdaleine, la jetant à terre sur son ventre, puis en arrière, vers le dos, avec violence, puis jusqu'à trois et quatre fois la prenait au gosier pour l'étrangler.

» Le 9 de mars... fut jeté un charme nouveau à Magdaleine pour l'empêcher de

1. Michaëlis (cité par Calmeil, *loc. cit.*, p. 494).
2. Michaëlis (cité par Calmeil, *loc. cit.* p. 493).

manger ni chair, ni poisson, ni œufs, ni boire de vin, pour la dégoûter et faire mourir de faim, ou au moins la faire rétracter de sa déposition contre le magicien. En effet, aussitôt qu'elle voulait goûter, par obéissance, la moindre portion des choses susdites, tout aussitôt le diable la tirait de la table et lui baillait horriblement la question, renversant les bras et les jambes, faisant cliquer les os, et rendant tous les doigts crochus; et durait cela quelquefois demi-heure, quelquefois un quart d'heure, autrefois une heure...

» Le 9 avril... les diables tourmentèrent Magdaleine plus que de coutume... car au dîner lui donnèrent au commencement la torture environ demi-heure et autant à la fin du dîner; et au milieu la tourmentèrent toujours par continuels mouvements de la tête jusqu'à terre; et au souper lui donnèrent la même torture durant une heure, lui tournant les bras et les jambes et puis tout le corps, faisant cliquer les os et bouleversant toutes les entrailles, au rapport de la fille : aussi entendait-on le bruit du mouvement... La torture finie, l'assoupirent tellement qu'elle semblait morte. Retournant à soi et voulant recommencer à souper, par obéissance, lui causèrent des mouvements de la tête jusqu'à terre, continuellement comme auparavant : ce qu'ils faisaient aussi aux deux exorcismes du jour, faisant mouvoir la tête jusqu'à terre, devant, et sur le dos, ayant le visage rouge comme flamme de feu.

» Le 10 avril, Belzébud se tourmentait, hurlant horriblement aux exorcismes. Le 19 avril... le diable continua une nouvelle façon de la tourmenter, faisant sauter Magdaleine qui était à genoux, si qu'elle rompit l'escabeau qui était sous, nonobstant qu'on lui eût mis deux manteaux par dessous... Le soir, à souper, Magdaleine eut quatre fois la torture violente. Le diable adjuré et commandé de la laisser manger, elle recevait les morceaux promptement et avidement comme un chien enragé, engloutissant et ne mangeant point la viande, et rotant incessamment[1]... »

A côté des attaques de « grands mouvements » nous trouvons signalées des attaques de léthargie avec contracture généralisée.

« Le 20 janvier, Magdaleine se confessant le matin en la chambre, Belzébud criait quelquefois, interrompant la confession, et, à l'absolution, ne voulant permettre qu'on la lui donnât, criant hautement qu'il aimerait mieux être en enfer, et que cette absolution le brûlait plus que le feu d'enfer. Les jours précédents aussi, disait qu'il aimerait mieux entrer en enfer que d'entrer dans l'église de la Baume principalement dans le lieu de la pénitence où les sorciers ne pouvaient jeter leurs charmes ou maléfices. Or, en effet, arriva sur le soir quand on avait coutume de faire venir Magdaleine à la Sainte-Baume, pour l'exorciser, qu'on la trouva toute raide comme une statue de marbre et toute endormie, si qu'il la fallut porter à quatre dans l'église où elle fut fort longtemps sur le marche-pied du maître-autel, et ne pût-on la faire revenir à soi jusqu'à ce qu'on la portât dedans la sainte pénitence, lui appliquant sur la face le saint ciboire.

» Le 2 avril, Magdaleine *balliant* la chambre par humilité et obéissance, le diable grondait et criait fort. Après, le père confesseur la voulant confesser, Belzébud l'assoupit et la rendit immobile comme une colonne d'airain. Après plusieurs exorcismes, prières et peines imposées (à ce diable) elle se remit et Belzébud sortit. Le 4 février, les assistants qui l'avaient veillée toute la nuit ont témoigné qu'elle était immobile et comme assoupie, ne pouvant dire un seul mot[2]. »

1. Michaëlis (cité par Calmeil, *loc. cit.* p. 491).
2. Michaëlis (cité par Calmeil, *loc. cit.*, p. 493).

POSSESSION DES URSULINES DE LOUDUN, 1632-1639

La possesion d'Aix fut comme le prélude d'un drame bâti sur le même modèle qui, quelques années plus tard, eut Loudun pour théâtre, et dont le retentissement fut plus considérable à cause des intrigues multiples qui s'y nouèrent et des personnages historiques qui s'y trouvèrent mêlés.

La trame est la même.

Des signes de possession démoniaque apparaissent dans un couvent d'Ursulines. Les religieuses font retomber sur un prêtre de la ville, Urbain Grandier, l'accusation de les avoir maléficiées. Un tribunal spécial recueille leurs dépositions, cherche à établir contre Urbain Grandier les preuves de sorcellerie et condamne le malheureux prêtre au bûcher.

Tel est en deux mots, le résumé de ce qui s'est passé à Loudun vers 1632-1633.

Peu de faits dans l'histoire ont donné lieu à des interprétations plus passionnées et ont été dénaturés avec plus d'acharnement par l'esprit de parti. Je renvoie les lecteurs désireux de connaître le côté historique de cette affaire, au remarquable livre que vient de publier M. Legué [1].

Pour nous, nous bornant exclusivement au point de vue médical, nous nous contenterons de consigner ici un certain nombre d'extraits, puisés pour la plupart dans les auteurs du temps et indistinctement parmi les défenseurs ou les adversaires de la possession. De cet ensemble de faits, ressortira la part considérable qui, dans ces événements de Loudun considérés par quelques-uns comme surnaturels, doit être faite à une maladie inconnue alors, à la névrose que nous avons étudiée particulièrement et, qui s'appelle la grande hystérie.

Pilet de la Ménardière nous a laissé une très curieuse liste des religieuses et des séculières qui furent possédées ou maléficiées. Il indique avec précision la place occupée par les démons. Ces filles, en effet, ressentaient en différents points du corps et principalement au creux de l'estomac, dans la région précordiale, aux côtés de la poitrine et dans la tête, au front ou à la tempe, des sensations douloureuses d'une nature particulière, qu'elles attribuaient à la présence des démons dans ces différentes parties.

Il est difficile de méconnaître les analogies qui existent entre ces phénomènes douloureux et ceux qui font partie de l'*aura hysterica*, et il n'est pas moins curieux de comparer, d'après le schéma que nous avons représenté (fig. 9 et 10), les régions du corps occupées de préférence par les zones hystérogènes, aux endroits où, d'après le dire de cet auteur, les diables avaient élu domicile.

Liste des religieuses possédées ou maléficiées.

« Sœur Jeanne des Anges, supérieure, est possédée par sept diables dont trois furent chassés le samedi 20 mai 1634... Les quatre autres sont Liévathan qui a sa rési-

1. Gabriel Legué. *Urbain Grandier et les possédées de Loudun*, Ludovic Baschet. Paris, MDCCCLXXX.

dence au *milieu du front*, Béhérit, sa résidence en l'*estomac*, Balaam, à la *deuxième côte du côté droit*, Isaacaron a sa résidence sous la *dernière côte du côté droit*.

» Sœur Louise de Barbeziers de la maison de Nogeret a deux démons : Fazaz des Dominations qui a sa résidence *au-dessous du cœur*, et le second, Caron des Vertus, qui a sa résidence *au milieu du front*.

» Sœur Jeanne, sa sœur, n'a qu'un démon nommé Cerbère des Principautés, qui a sa résidence *au-dessous du cœur*.

» Sœur Agnès (Anna de la Motte-Baracé) a quatre démons : Asmodée des Trônes qui a sa résidence *au-dessous du cœur*, le deuxième Béhérit des Trônes en l'orifice de l'*estomac*, le troisième Achaos des Archanges à la *tempe gauche*, et enfin Achaph des Puissances *au milieu du front*.

» Sœur Claire de Sazilli a huit démons : le premier Zabulon des Trônes *au milieu du front;* le deuxième Nephtali des Trônes *au bras droit;* le troisième est un diable nommé *sans fin*, autrement Grandier des Dominations, qui a sa résidence à la *deuxième côte du côté droit;* le quatrième Elimini des Vertus, *au côté de l'estomac;* le cinquième est l'ennemi de la Vierge des Chérubins, il a sa résidence *au-dessous du col;* le sixième Pollution des Chérubins a sa résidence *au-dessous du cœur;* le septième Verrine des Trônes a sa résidence à la *tempe gauche;* le huitième Concupiscence des Chérubins à la *tempe droite*.

» Les autres religieuses, quoique possédées, n'ont pu dire le lieu de la résidence des démons.

Religieuses maléficiées.

» Sœur Séraphine a un maléfice en l'estomac qui est une goutte d'eau gardée et conservée pas Baruch, et en son absence, par Carreau.

» Sœur Anne Escoubleau a pour maléfice une feuille de vinette gardée dans son estomac par Elymi. Sa sœur a un maléfice d'une prune de damas violet aussi gardée par Elymi dans son estomac.

Séculières possédées.

» Élisabeth Blanchart a six démons, le premier, Astaroth, qui est des Anges, a sa résidence sous l'*aisselle droite*, le deuxième, Béelzébuth des Archanges, réside sous l'*aisselle opposée;* le troisième, Charbon d'Impureté, réside sur la *hanche gauche;* le quatrième, Lion d'enfer des Archanges, réside *sous le nombril;* le cinquième, Péron des Chérubins, *sous le cœur;* et le sixième, Maron Chérubin, réside *sous la mamelle gauche*.

» Françoise Fillâtreau, quatre démons : Sonnillon des Trônes qui réside dans le *cerveau à la partie antérieure;* Jabel des Archanges, qui va et vient par toutes les parties du corps; Buffetison des Puissances, *au-dessous du nombril;* Queue de chien des Archanges, en l'*estomac*.

Séculières malécifiées.

» Madeleine Béliard a trois feuilles de rose gardées sur l'estomac.

» Marthe Thibault a une goutte d'eau gardée dans l'estomac par Behémot[1]. »

1. Pilet de la Ménardière. *La démonomanie de Loudun*. La Flèche, G. Griveau 1634, in-8° (cité par Dr G. Legué, *Documents pour servir à l'histoire médicale des possédées de Loudun*. Paris, 1874, p. 68).

La supérieure du couvent, madame de Belciel (en religion sœur Jeanne des Anges) devait avoir dans cette possession le principal rôle. Ses antécédents qu'il serait trop long de rapporter ici, mais qu'elle a pris soin de consigner elle-même dans ses mémoires manuscrits, actuellement conservés à la bibliothèque de Tours, dénotent une femme ambitieuse servie par une vive intelligence doublée d'un tempérament éminemment hystérique[1].

C'est par elle que commencèrent les hallucinations. La première elle reçut, la nuit, la visite du fantôme d'Urbain Grandier. Nous trouvons l'érotisme joint à cette apparition.

« Durant la nuit, reposant sur son petit mais très chaste grabat, la mère prieure aperçut un fantôme environné d'une telle qu'elle lumière rougeâtre assez claire pour lui faire connaître celui qui se présentait à ses yeux, mais en quelque façon obscure pour lui pouvoir donner de l'effroi. Ce spectre s'approche d'elle, elle reconnut à l'abord que c'était l'ombre de leur défunt confesseur qui lui dit : « Ma fille, n'ayez point peur, je suis votre défunt père qui vient vous visiter. — Hélas, mon père, lui dit cette pauvre fille, que venez vous faire ici ? En quel état êtes-vous ? Désirez-vous quelques prières ou autre chose de nous ? » Le spectre répond : « Ne vous mettez point en peine de moi, je suis en tel état que désormais je n'ai pas besoin d'assistance de vos oraisons. Je viens ici pour vous consoler et enseigner beaucoup de choses que je n'ai pas eu le loisir de vous apprendre durant mon séjour en ce monde. J'ai des secrets à vous déclarer qui peuvent servir de règlement à vos actions. »

» Le lendemain le fantôme reparut.

» Et comme résolument elle persistait dans le dessein sans le su et l'aveu de son confesseur, elle s'aperçut soudain d'un changement étrange en la personne qui parlait à elle. Ce n'était plus la personne de son père confesseur défunt, mais le visage et la ressemblance d'Urbain Grandier, qui changeant de propos aussi bien que de figure lui parla d'amourettes, la sollicita par des caresses aussi insolentes qu'impudiques et la pressa de lui accorder ce qui n'était plus à sa liberté et que par ses vœux elle avait consacré à son saint époux. Aussitôt elle se débat, personne ne l'assiste, elle se tourmente, rien ne la console ; elle appelle, nul ne répond ; elle crie, personne ne vient ; elle tremble, elle sue, elle invoque le saint nom de Jésus[2]. »

Le 3 octobre 1631 fut rédigé le procès verbal suivant qui prouve que les hallucinations ne tardèrent pas à se communiquer aux autres religieuses.

« Au nom de la très sainte et suradmirable trinité Père, Fils et Saint-Esprit, nous soussignés, étant assemblé dans le monastère desdites religieuses sur leur mandement et à leurs prières, elles nous ont fait entendre que, dès la nuit des 21 et 22 septembre dernier elles auraient été obsédées jusqu'à ce jour, troisième de ce mois, des malins esprits, l'un desquels apparut la nuit depuis une heure jusques à quatre à sœur Marthe en forme d'un homme ecclésiastique revêtu d'un grand manteau et soutane, tenant un livre couvert de parchemin blanc en la main et lui tenant ouvert et lui montra deux images et après lui avoir tenu plusieurs discours sur le dit livre la voulut forcer de le prendre. Ce que refusant disant que jamais elle ne recevrait de livres que de sa supérieure, le dit spectre se tut et demeura quelque temps pleurant au pied de son lit. Enfin la dite fille épouvantée et le dit spectre lui commençant à dire qu'il était en grande peine, qu'il ne pouvait prier Dieu et

1. Voy. Gabriel Legué, *Urbain Grandier*, p. 43.
2. Mercure François, t. XX, cité par le Dr G. Legué, *Documents, etc.*, p. 42.

qu'elle priât Dieu pour lui; icelle présumant que ce fût l'âme peut-être de quelqu'un en purgatoire, dit qu'elle en avertirait sa supérieure et cependant ne pouvant plus supporter la présence du dit spectre, elle appelle une fille pensionnaire qui était en un autre lit proche du sien; se lèvent toutes deux et en mêmes temps elle ne voit plus rien sinon qu'étant à genoux, une heure durant, elles entendirent une voix de leur côté se plaignant.

» En outre elles nous ont dit que tout le reste dudit mois, il ne s'était passé aucune nuit qu'elles n'eussent reçu de grands troubles, ravages et terreurs et même sans rien voir elles entendaient, les unes ou les autres recevaient des coups de poing, les autres des soufflets, les autres se sentaient excitées à des rires immodérés et involontaires.

» Signé : Barré, Mignon, Eusèbe de Saint-Michel, Pierre-Thomas de Saint-Charles[1]. »

Ces premiers symptômes de perturbation nerveuse se montraient au moment où la petite ville de Loudun retentissait du bruit des scandales et des procès d'Urbain Grandier. Cet homme, d'un extérieur séduisant, exerçait sur la partie féminine de la population une fascination dont peut donner une idée la disposition suivante extraite des preuves du procès.

Trois femmes de la ville, oubliant la réserve de leur sexe, eurent l'impudence de venir déposer : « la première qu'après avoir reçu la communion de l'accusé, il la regarda fixement pendant cette action, elle fut incontinent surprise d'un violent amour pour lui, qui commença par un petit frisson par tous ses membres. L'autre dit qu'ayant été arrêtée par lui dans la rue, il lui serra la main, et qu'incontinent elle fut aussi prise d'une forte passion pour lui. L'autre dit que pour l'avoir vu à la porte des Carmes où il entrait en procession, elle éprouva des mouvements déréglés dans son âme et dans son corps, ces personnes étant d'ailleurs fort vertueuses et en très bonne réputation.[2] »

La réputation du beau curé de Saint-Pierre franchissant les grilles du couvent, ne tarda pas à bouleverser l'imagination des religieuses au point qu'il devint le sujet de leurs hallucinations. Alors on vit se produire chez les Ursulines ce curieux phénomène de l'hallucination génésique nocturne avec croyance à sa réalité, dont nous avons rapporté plus haut un si remarquable exemple chez notre malade Gen... (p. 12).

L'hallucination de la mère prieure se répéta presque toutes les nuits; puis la contagion s'étendit et la plupart des religieuses, ainsi que quelques filles séculières également tourmentées par des esprits malins, s'imaginèrent recevoir la visite nocturne d'Urbain Grandier et avoir cohabitation charnelle avec lui. Leurs sens étaient abusés au point que les accusations lancées contre le malheureux prêtre portaient l'accent de la sincérité la plus grande et bien faite pour entraîner la conviction de juges non prévenus. L'histoire de notre malade Gen... peut nous permettre de nous rendre un compte exact de la ténacité d'une idée fixe, née ainsi de la croyance à la réalité d'une hallucination. De la part de telles malades, les accusations, quelque fausses, qu'elles soient, ne sont point mensonges. Le seul coupable est la maladie.

1. Dr Gabriel Legué, *Documents...*, p. 12.
2. Extrait des preuves de Laubardemont (cité par Dr G. Legué, *loc. cit.* p. 71).

Il est seulement à remarquer, lisons-nous dans l'extrait des preuves du procès, que toutes ces religieuses, tant libres que cloîtrées, ont eu un amour fort déréglé pour l'accusé: la mère prieure en fut tellement troublée qu'elle ne parlait plus que de Grandier, qu'elle disait être l'objet de toutes ses affections et lequel, ainsi que toutes les autres religieuses, elle a vu souvent approcher de son lit, comme elle lui a déclaré lorsqu'elle a été confrontée avec lui, lui ayant soutenu, comme sept ou huit autres, que c'était lui-même qui s'était souvent présenté à elle; où il ne faut pas oublier que toutes les religieuses, en rendant leurs dépositions, à la prononciation du nom de Grandier, étaient surprises de troubles et de convulsions et à la confrontation où les médecins ont été présents pour reconnaître ce qui se passerait de remarquable, elles ont été violemment agitées, aussi bien que toutes les autres séculières qui se disaient aussi passionnées d'amour pour lui[1]. »

Il est bien curieux de constater que les raisons qu'on invoque ici à l'appui de la sincérité des dépositions des religieuses contre Grandier, sont justement les mêmes que notre malade Gen... invoque dans un but semblable.

« La preuve, nous dit Gen... que les visites nocturnes de M. X... sont bien réelles, c'est qu'aussitôt que je le vois dans la journée je deviens pâle et suis prise de tremblement. Tout le monde peut dire l'émotion que sa seule vue me cause. » Nous en avons été plus d'une fois témoin; il est certain que la pâleur et l'émotion de Gen... ne sont point, en cette circonstance, choses feintes.

En ce qui concerne les religieuses de Loudun, l'histoire de leurs relations nocturnes avec Urbain Grandier rentre bien certainement dans la catégorie des hallucinations du genre de celles de notre malade Gen... et devient par cela même un des signes les plus intéressants de l'affection nerveuse dont elles étaient atteintes.

Si le passé de l'accusé permettait de conserver encore quelques doutes sur la fausseté de ces entrevues nocturnes, il suffira, pour les lever définitivement, de rapporter les circonstances qui accompagnèrent la confrontation qui, au cours du procès, fut faite de Grandier et des Ursulines.

Le 14 avril, dit G. Legué, il (Laubardemont) se disposa à confronter les religieuses avec l'accusé Grandier qui n'avait jamais eu de relations avec elles, offrit alors au commissaire un moyen infaillible de prouver son innocence. Il lui adressa une touchante supplique dans laquelle il lui proposait l'exemple de saint Athanase : « Ce grand évêque accusé, au concile de Tyr, par une femme impudique qui ne l'avait jamais vu, s'avisa d'un stratagème qui prouva son entière innocence. Lorsque cette femme entra dans l'assemblée pour former publiquement son accusation, un prêtre nommé Timothée se présenta à elle et lui parla comme s'il eût été Athanase. Elle le crut aussi et par ce moyen elle manifesta la fausseté de son allégation. »

» Mais Laubardemont n'était pas homme à affronter de semblables épreuves; il ne tint aucun compte des légitimes réclamations de Grandier et le mit en présence des religieuses. Celles-ci, prévenues de cette confrontation, n'hésitèrent pas à déclarer qu'il était bien l'homme qui venait chaque nuit les visiter en leur couvent et les solliciter au mal. Le curé demanda à la sœur Claire comment elle le reconnaissait puisqu'elle ne l'avait jamais vu que la nuit. A quoi la sœur a répondu qu'elle le reconnut à la *ressemblance qu'on lui avait faite de sa personne*. Le dit Grandier lui ayant demandé de quelle façon on lui avait dépeint sa personne, elle lui répondit qu'on lui avait dit qu'il était un grand homme, ayant le poil noir, la barbe pointue,

1. Cité par Dr G. Legué, *Documents, etc.*, p. 70.

un grand visage, un grand nez. Ledit Grandier répliqua que ce n'était pas là les qualités par lesquelles il était reconnaissable parce qu'elles étaient communes à beaucoup de monde. A quoi la sœur fit cette réponse, qu'elle le *connaissait à l'affection qu'elle avait pour lui* et que ainsi il paraît bien que cela n'était pas naturel[1]. »

D'ailleurs, l'exaltation du sens génital était portée à un haut degré chez un certain nombre de possédées.

« Chez trois religieuses surtout, la supérieure, la sœur Claire de Sazilly et la sœur Agnès, qu'on appelait le beau petit diable à cause de sa remarquable beauté, la fureur des sens semble avoir atteint son apogée. Ces vierges folles scandalisaient tous les assistants par leur impudicité, et parlaient, pour nous servir de la pittoresque expression de Michelet, couramment les langues de Sodome.

« Madame de Sazilly, parente de Richelieu, en était arrivée à un tel point d'éréthisme vénérien « qu'un jour (raconte l'extrait des preuves publié par le lieutenant général de Chinon) elle fut si fort tentée de coucher avec son grand ami, qu'elle disait être ledit Grandier, que, s'étant approchée pour recevoir la communion, elle se leva soudain et remonta dans sa chambre, où, ayant été suivie par quelqu'une de ses sœurs, elle fut vue avec un crucifix dans les mains dont elle se préparait de contenter son mauvais désir l'ayant déjà fourré sous sa jupe à cet effet[2]. »

Le délire provoqué par les exorcismes ne manquait pas de se ressentir de ces tendances obscènes. Grandier était détenu en prison depuis quelque temps lorsque :

« Le dernier jour du même mois de juin (1634), une des possédés qu'on exorcisait dans l'église de Notre-Dame du château, fut assez effrontée pour dire que Grandier avait envoyé à plusieurs demoiselles, pour leur faire concevoir des monstres, une chose que la pudeur ne permet pas de nommer, et qu'elle même nomma alors hardiment. L'exorciste, présupposant que le diable avait dit la vérité, et sans lui objecter que le prétendu magicien était trop bien gardé pour pouvoir entreprendre rien de semblable, ni qu'on ne concevait pas quel avantage il aurait pu en recevoir, surtout dans son état présent, se contenta de lui demander pourquoi l'effet ne s'en était point suivi, à quoi la fille ne répondit que par un torrent de paroles impures, sales, déshonnêtes, qui ne faisaient aucun discours lié, et par des blasphèmes inouïs, ce qui faisait honte même aux oreilles les moins chastes, et faisait frémir les gens qui avaient le moins de piété[3]. »

« La raison se révolte, dit G. Legué, au récit des extravagances débitées pendant les longs mois que dura cette étrange procédure. Il faut lire tous ces volumineux procès-verbaux, la plupart écrits de la main de Laubardemont, pour croire à la réalité de pareils actes.

Tout ce que l'imagination la plus déréglée peut inventer aurait peine à approcher de la vérité. On comprend que nous nous refusions à relater ici les actes cyniques et les propos obscènes tenus chaque jour par ces religieuses. C'était pourtant à ces orgies de fureurs sensuelles et de cris impudiques que l'on conviait les jeunes filles de la ville. Jamais leur pudeur ne fut mise à une plus rude épreuve, car les diables ne se gênaient pas pour les interpeller en public les appelant « mes mignonnes

1. Manuscrit de la bibliothèque de Tours. Abrégé des confrontations faites par devant Mgr. Laubardemont, etc. (cité par G. Legué, *Urbain Grandier et les possédées de Loudun* Paris, 1889, p. 206).
2. G. Legué, *loc. cit.*, p. 312.
3. *Histoire des Diables de Loudun*, Amsterdam, 1740, p. 129.

damoiselles » et déclarant bien haut qu'il n'y avait pas de pays où la « chasteté estait aussy bas que chez les damoiselles de Loudun[1]. »

La versatilité du caractère hystérique se révèle bien dans les rétractations que de temps à autre faisaient les religieuses possédées.

On n'est pas peu surpris de trouver, parmi les preuves du procès, le fait suivant :

« Or, outre les accidents dont les bonnes religieuses ont été travaillées, je n'en trouve pas de plus étranges, que ce qui est arrivé à la mère prieure, et à la sœur Claire de Sazilli. La première, le lendemain après avoir rendu sa déposition, lorsque le sieur de Laubardemont, recevait celle d'une autre religieuse, se mit en chemise, nue tête, avec une corde au cou, et un cierge à la main, et demeura en cet état l'espace de deux heures, au milieu de la cour, où il pleuvait en abondance; et lorsque la porte du parloir fut ouverte, elle s'y jeta et se mit à genoux devant le sieur de Laubardemont, lui déclarant qu'elle venait pour satisfaire à l'offense qu'elle avait commise en accusant l'innocent Grandier; puis s'étant retirée elle attacha la corde à un arbre dans le jardin où elle se fut étranglée, sans que les autres sœurs y accoururent[2]. »

Les autres religieuses et particulièrement la sœur Claire et la sœur Agnès firent à plusieurs reprises de semblables rétractations.

« ..... Le lendemain 3 de juillet,.... elle (la sœur Claire) déclara publiquement dans l'église du château, où on l'avait menée pour l'exorciser, que tout ce qu'elle avait dit depuis quinze jours n'était que de pures calomnies et des impostures; qu'elle n'avait rien fait que par l'ordre du Récollet, de Mignon et des Carmes; et que, si on la séquestrait, il se trouverait que toutes ces choses n'étaient que feintes et que malices. Elle fit encore les mêmes déclarations deux jours après, savoir le 7 du mois; et elle passa si avant cette dernière fois, qu'elle sortit de l'église où on l'exorcisait, et voulut s'enfuir; mais Demorans courut après elle, et l'arrêta. La sœur Agnès, enhardie par cet exemple, dit plusieurs fois les mêmes choses, priant avec des larmes ceux qui assistaient aux exorcismes, de vouloir la tirer de l'horrible captivité, sous le poids de laquelle elle gémissait. Ces deux misérables filles ne voyant aucune espérance de secours, dirent enfin qu'elles se préparaient à être extraordinairement maltraitées à la maison, pour avoir révélé un secret si important; mais qu'elles étaient bourrelées par leurs consciences, et forcées à parler pour leur décharge, et pour donner gloire à Dieu et à la vérité, quoi qu'il en pût arriver. La Nogeret protesta aussi un jour qu'elle avait accusé un innocent, et qu'elle en demandait pardon à Dieu, et se tournant tantôt du côté de l'évêque, tantôt du côté de Laubardemont, elle leur déclarait qu'elle se sentait obligée à faire cette confession pour la décharge de sa conscience. Ce dernier n'en fit que rire et l'évêque et les exorcistes soutinrent que le diable usait de cet artifice, pour entretenir les gens dans l'incrédulité[3]. »

« Le personnage de Démoniaque, dit plus loin le même auteur, les fatiguait, et dans les accès de leur mauvaise humeur elles firent souvent, depuis la mort de Grandier, les déclarations qu'elles avaient déjà faites pendant qu'il vivait encore. De plus la sœur Agnès étant un jour exorcisée en présence d'un médecin de Château-gontier... s'écria : *Qu'elle n'était point un Démoniaque, qu'il y avait longtemps*

1. Procès-verbaux de Laubardemont; manuscrits 1619.
2. *Histoire des Diables*, p. 181.
3. *Histoire des Diables*, p. 131.

qu'on la tourmentait en particulier, pour l'obliger à faire toutes les choses qu'elle faisait en public : que, si Dieu ne l'eût soutenue, elle se serait désespérée, et qu'elle était bien malheureuse d'être entre les mains de ces gens-là. Les larmes dont elle accompagna ce discours, en tirèrent des yeux de la plupart des assistants, qui ne croyaient pas que ce fut le diable qui parlât ainsi par ruse, et seulement pour faire dépit aux exorcistes.

« La sœur Claire étant exorcisée en présence d'un avocat de Saumur et de plusieurs autres personnes, fut brûlée par un fil soufré, dont son exorciste se servait pour enfumer l'un de ses démons. Lorsqu'elle sentit de la douleur, elle se retira brusquement des mains de l'exorciste, déplorant sa condition, et déclamant contre la tyrannie de ceux qui la contraignaient de feindre qu'elle était possédée ; et elle pria Dieu ardemment de la tirer de la misère où elle se trouvait. *Le démon qui possède cette fille est extrêmement rusé,* dit alors l'exorciste, *et le Dieu qu'il invoque est Lucifer. — Cela est faux,* répliqua-t-elle, *j'invoque le vrai Dieu, créateur du ciel et de la terre.*

Ensuite étant transportée de colère, elle sortit de l'église, en protestant qu'elle n'y rentrerait jamais; mais elle fut suivie par une dame de qualité, qui étant sa parente, adoucit son esprit, et la ramena au couvent, n'ayant pu l'obliger de retourner au lieu où se faisaient les exorcismes. Il arriva encore diverses fois que ces deux mêmes filles, ou tantôt l'une, tantôt l'autre des autres possédées, dirent publiquement que leurs exorcistes étaient des hommes méchants, des hypocrites, des fourbes, des gens pires que les diables; qu'ils les avaient forcées d'accuser et de faire mourir un homme innocent, qu'elles priaient la justice et tous les assistants de se souvenir de leurs déclarations. Mais leurs plaintes étaient toujours éludées par le moyen facile et ordinaire, que c'étaient là des ruses des diables irrités contre les exorcistes[1]. »

Ces accusations lancées contre les exorcistes n'ont pas la portée que leur attribue le protestant Aubin, qui cherche à prouver, dans tout son livre, que l'affaire de Loudun ne fut qu'une longue comédie habilement exécutée. Pour nous, nous ne saurions accorder plus de créance à ces dires qu'aux premières accusations lancées contre Grandier. La maladie de ces femmes n'était que trop réelle. Ces revirements soudains n'en sont qu'une nouvelle preuve. Que de fois nous avons été à même d'observer des faits analogues chez nos hystériques ! Le besoin de se singulariser les pousse jusqu'à se vanter d'induire en erreur tout le monde et jusqu'aux médecins qui les observent. Gen... entre autres, nous a affirmé bien des fois qu'elle n'était aucunement malade, que cette opinion avait été répandue par M. X... dans le seul but de se débarrasser d'elle en la faisant enfermer à La Salpêtrière et que tous les signes que nous avions constatés chez elle, les attaques, l'anesthésie, les contractures et le reste, n'étaient que le résultat d'une simulation bien entendue. Si nous lui demandions alors quel intérêt elle pouvait avoir à simuler une maladie qui était en somme la seule cause de son internement, elle ne répliquait pas ; la contradiction de ses paroles ne paraissait pas l'embarrasser.

Tous les détails que nous venons de donner sur les désordres mentaux des religieuses possédées n'occupent en somme qu'un rang secondaire dans l'histoire de la possession. Les preuves de la réalité de la présence de diables dans le corps des religieuses n'étaient point là. Tout au plus dans

1. *Histoire des Diables*, p. 316.

ce que nous avons rapporté trouvait-on les marques de l'obsession. Le grand fait où l'on puisait tous les éléments de certitude était l'*exorcisme*. Les prêtres revêtus de pouvoirs spéciaux conjuraient le démon, et le faisaient parler. Le but de l'exorcisme était triple : 1° provoquer les marques de la présence des diables dans le corps desdites possédées; 2° faire connaître le sorcier auteur de tout le mal (on sait quel sort l'attendait); 3° faire découvrir et rendre les pactes, les charmes, les cédules, etc... qui par leur merveilleuse puissance entretenaient la possession en s'opposant à l'expulsion définitive des démons.

Les extraits suivants donneront une idée des scènes auxquelles donnaient lieu les exorcismes.

Il est bien difficile de n'y pas reconnaître les grands traits de l'attaque convulsive de la grande hystérie avec quelques-unes de ses variétés, comme les attaques de délire, de léthargie, de catalepsie même et de somnambulisme.

Nous connaissons l'influence de l'imagination et des émotions en général sur le développement des accès d'hystérie.

Chez nos possédées qui puisaient dans leur confiance en leurs directeurs spirituels[1] et aussi dans les hallucinations dont elles n'étaient que trop fréquemment les victimes, la conviction de la réalité de leur affreux état, on comprend l'impression que devaient faire la seule vue d'un objet religieux, les pratiques de dévotion auxquelles on les contraignait et surtout les cérémonies de l'exorcisme.

A Loudun, dit Calmeil, le trouble des facultés intellectuelles et affectives, les actes de déraison, les phénomènes musculaires s'observaient surtout pendant et au moment de la communion. Presque toujours l'arrivée d'un exorciste suffisait pour bouleverser de nouveau le système nerveux de ces infortunées. A peine Satan était-il conjuré que l'on n'entendait plus que blasphèmes et imprécations.

C'est donc avec raison qu'un témoin oculaire a pu écrire « que les accès, les retours et les redoublements ne sont aucunement réglés; que les exorcistes les y font tomber à telles heures et aussi souvent qu'il leur plaît et quand quelqu'un les en prie pour se détromper, qu'ils les font pleurer quand ils veulent, en commandant au démon qu'il aie de venir adorer le Saint-Sacrement à genoux, avec tremblement de tout le corps, grincements de dents[2]. »

Le rôle de l'imagination dans les pratiques de l'exorcisme est mis en lumière par le récit suivant que nous empruntons à G. Legué :

Comme tant d'autres, ce gentilhomme[3] s'était rendu à Loudun pour y voir les possédées. Après avoir examiné très attentivement les convulsions des religieuses, il déclara au capucin Tranquille qu'il était convaincu de la réalité de la possession; puis, lui présentant une boîte, il ajouta que cet objet, qui venait de ses ancêtres,

1. « Et ne voyez-vous pas, disait à Barré, un des exorcistes, le cardinal de Lyon, que quand même ces filles ne seraient pas effectivement possédées, elles croiraient l'être sur votre parole, tant à cause de leur mélancolie, qu'à cause de la bonne opinion qu'elles on de vous « cité par le Dr Legué, *loc. cit.* p. 12. »

2. Lettre de N... à ses amis sur ce qui s'est passé à Loudun (ne se trouve qu'à la Bibliothèque nationale) cité par le Dr Legué, *loc. cit.*, p. 40.

3. Timoléon de Daillon, comte du Lude, mort en 1644.

contenait des reliques d'une authenticité incontestable, mais que sa vénération serait bien plus grande si le démon voulait en rendre témoignage. L'exorciste s'empressa de répondre qu'il était impossible de soumettre le diable à une épreuve moins équivoque et saisissant la boîte l'applique aussitôt sur la tête de madame de Belciel qu'on avait amenée pour l'exorcisme.

A peine les prétendues reliques eurent-elles touché le front de la possédée « que la voilà qui pousse des hurlements épouvantables et paraît agitée de convulsions les plus violentes [1] ».

Une fois la boîte enlevée, le calme revint comme par enchantement. Ravi de cet éclatant témoignage, l'exorciste ne put s'empêcher de dire à M. du Lude : « Je ne crois pas, monsieur, que vous doutiez maintenant de la vérité de vos reliques.

» — Non plus que de celle de la possession, » reprit gravement le comte.

» — De grâce, monsieur, permettez-moi de voir un aussi précieux trésor.

» — Très volontiers, mon père, repartit le comte.

» On ouvre la boîte en présence d'un grand nombre de gens invités, et il ne s'y trouve que de la plume et du poil.

» — Ah ! monsieur, vous vous moquez de nous, repartit piteusement l'excellent père.

» — Oui, monsieur, comme vous vous moquez de Dieu et des hommes. »

D'après l'extrait suivant d'un écrivain de l'époque dont le témoignage a d'autant plus d'importance qu'il passait pour un fervent catholique, les attaques étaient parfois provoquées par une action portée sur un point du corps, sur la tête, par exemple. Il ressort également du même passage que les convulsions, une fois développées, se succédaient dans un certain ordre parfaitement connu des exorcistes et se répétaient ainsi plusieurs fois de suite, à la façon de ce qui se passe dans les grandes séries d'attaques hystériques.

« Pendant que le frère lit la formule des adjurations contenues dans le formulaire de l'église, le maître exorciste conjure le diable de monter aux parties supérieures et de se montrer par quelque couleur au visage en répétant beaucoup de fois ces paroles : *Ascende ad partes superiores*, et quand ces pauvres créatures ne se mettent pas sitôt en fougue il leur hoche parfois la tête bien rudement et les mettant sur son giron il leur presse le saint ciboire sur le front jusqu'à ce que l'émotion ordinaire les prenne. *Alors sachant bien par une longue expérience l'ordre et la suite de ces étranges accidents*, un peu devant que la concussion du corps entier commence il dit : *Contremisce toto corpore* et puis après, la concussion des bras et des mains succédant, il dit : *Contremisce capite et manibus* et icelui, finissant par une secousse de la tête seule, il dit : *Contremisce saltem capite.* Mais quand l'assoupissement et la faiblesse sont toutes prêtes à les prendre et jeter par terre il dit ; *Procide in terram* et l'assoupissement étant fini, quand elles commencent à se relever il dit : *Erige corpus de terrâ* et ainsi de suite. Tellement qu'il semble aux ignorants que le diable lui obéit absolument en tout ce qu'il lui commande... Alors l'exorciste fait jaser ses prétendus démons et par la force d'exorcisme et la vertu du saint sacrement les oblige à dire vérité sur tout ce qu'il leur demande et par cette déposition M. le commissaire dresse des procès-verbaux [2]. »

1. Levassor. *Histoire de Louis XIII*, livre XXXVI. Cet historien vint passer une année à Loudun et fut témoin de l'aventure du comte du Lude (cité par G. Legué. *Grandier etc....* p. 287).

2. Manuscrit de Jacques Boutreux, sieur d'Etiau. Collection Dupuy (cité par G. Legué, *loc. cit.* p. 211).

Les attaques de convulsion des religieuses n'attendaient pas toujours pour éclater d'être directement excitées par la vertu des exorcismes. D'ailleurs, au dire des exorcistes, la convulsion était la marque de la présence du démon qui, contraint par le pouvoir de leur parole, signalait ainsi son arrivée dans le corps de la possédée. Ce n'est qu'ensuite, dans une période qui présente tous les caractères du délire semi-lucide de la grande hystérie, que l'on interrogeait le diable et qu'on cherchait à le faire parler.

Les extraits suivants des procès-verbaux du bailly de Loudun montreront comment les choses se passaient dans les premiers temps de la possession.

« Aujourd'hui mercredi, vingt-quatre de novembre mil-six-cent-trente-deux, nous, Guillaume de Cerisay, écuyer, sieur de Guérinière, bailli, juge ordinaire et présidial de Loudun, et les officiers soussignés, nous sommes transportés au couvent des religieuses Ursulines de cette ville de Loudun sur les huit à neuf heures du matin, étant assisté des commis de notre greffier soussigné, et ayant au préalable fait avertir maîtres Daniel Roger, Vincent de Fos, Gaspard Joubert et Mathieu Fanton, docteurs en médecine, de se trouver audit lieu, où il seraient venus peu de temps après nous, et leur aurions enjoint de voir et considérer attentivement les religieuses qui leur seraient montrées, afin de connaître s'il y a cause naturelle ou surnaturelle en leur mal; ce qu'ils ont promis faire et remis à recevoir leur serment lors de leur rapport. Ce fait, sommes entrés dans le chœur où ont accoutumé de chanter les religieuses, qui est séparé de l'autel par une muraille et grille, dans lequel lieu y avait deux couchettes avec matelas et couvertes. La supérieure dudit couvent a été apportée audit lieu et mise sur une couchette vis-à-vis de la grille. M. Pierre Barré, prêtre, a parlé quelque peu de temps à ladite supérieure, puis a célébré la messe audit autel. Pendant la messe a eu ladite supérieure plusieurs grandes convulsions, *avait les bras tournés et les mains aussi, et les doigts demi-fermés, tirait la langue hors de la bouche, avait les joues fort enflées, il ne paraissait des yeux quasi que le blanc*; a été assistée durant cela d'aucuns prêtres, religieux et religieuses et y avait grand nombre de personnes tant audit chœur qu'en la partie de l'église qui est proche de l'autel. Après que ledit Barré a eu célébré la messe, est venu pour la communier et exorciser. Avant la communion, ledit Barré ayant le saint-sacrement en la main a dit : *Adora Deum tuum, creatorem tuum*; et plusieurs autres semblables paroles. Ladite supérieure pressée a dit : *Adoro te.* Lors l'exorciste : *Quem adoras?* par quelquefois, et ladite comme forcée a répondu : *Jesus-Christus.* Sur quoi, M. Daniel Drouyn, assesseur à la prévôté, a dit assez haut : « Voilà un diable qui n'est pas congru. » Lors l'exorciste changeant la phrase dit : *Qui est iste quem adoras?* Et elle a répondu : *Jesu Christe.* Lors quelques-uns ont dit : Voilà de mauvais latin, et l'exorciste a répliqué : elle a dit : *Adoro te, Jesu Christe.* Depuis ladite supérieure sur quelques autres interrogatoires faits par ledit Barré a dit en parlant de Notre-Seigneur Jésus-Christ : *Est substantia Patris*, et Barré a dit : « Messieurs, le diable est grand théologien. » Barré a aussi demandé comment s'appelait le démon qui était là. Et la supérieure avec convulsions et résistances l'a enfin nommé *Asmodée*. Puis il lui a demandé combien ils étaient de démons. Et elle a répondu : *Sex.* Nous aurions dit audit Barré qu'il enquit Asmodée combien il avait là de compagnons, et il a dit : *Quinque.* L'avons requis que le prétendu démon eut à le dire en grec. Et ledit Barré l'en a adjuré par plusieurs fois; mais la supérieure n'a rien répondu. Etant revenue de ses convulsions, avons dit audit Barré qu'il l'interrogeât si elle se souvenait de ce qui s'était passé dans ses convulsions. Et lui ayant demandé, a dit ne se souvenir d'aucune chose. Avons répliqué qu'il semblait néanmoins qu'elle se devait souvenir de ce qui se passait à l'entrée et au commencement de ses dites convulsions; pour ce que, par le rituel, l'exorciste est averti de demander les mouvements de l'esprit

et du corps de la possédée dans l'instant de ses convulsions. Et lors elle a répondu qu'elle avait envie de blasphémer.

» L'on a fait après venir une petite fille religieuse qui s'est éclatée de rire en entrant dans le chœur, et a dit par plusieurs fois : « Grandier, Grandier. » Puis a dit : « Vous ne faites tous rien qui vaille. » Ledit Barré lui a voulu donner à communier mais elle continuant ses ris et ne la jugeant pas assez préparée, ne lui aurait donné la sainte communion. Puis l'on a fait venir la sœur laye mentionnée en nos procès-verbaux précédents, que l'on nous a dit s'appeler sœur Claire, et ainsi qu'elle entrait audit chœur a fait comme un hennissement. Et étant mise sur l'autre couchette aurait dit en criant : « Grandier, Grandier, il en faut acheter au marché. » Ledit Barré s'est approché pour l'exorciser, et elle a fait action de la bouche comme si elle eût voulu crachoter, a haussé le nez plusieurs fois, ce semblait par mépris et dérision, a fait des mouvements lascifs, réitéré plusieurs fois une parole salle. Étant après conjurée par ledit Barré de dire le nom du démon qui la possédait, a dit : « Grandier. » et pressée davantage a nommé le démon Elimi ; a été interrogée par l'exorciste quel nombre de démons il y avait dans son corps, n'a rien répondu. Puis interrogée : *Quo pacto ingressus esset dæmon?* a dit : *Duplex*. Avons vu que ladite sœur laye ayant été piquée fortuitement au bras durant ses grandes convulsions, elle aurait dit : « Otez-moi cette épingle, elle me pique. » Ladite sœur laye revenue à soi, et ledit Barré s'étant retiré auprès d'elle, M. Daniel Drouyn lui aurait demandé si elle se souvenait de ce qui s'était passé durant ses convulsions, a dit qu'oui et que ledit Barré lui avait fait beaucoup de mal.

La minute originale est signée :

De Cerisay, Chauvet, lieutenant-civil, Charles Chauvet, Aubry, Daniel Drouyn Thibault, commis-greffier.

« Et le dit jour sur les deux heures de relevée sommes retournés audit couvent.

» A eu ladite supérieure encore plusieurs grandes convulsions comme à la matinée de ce jour ; en l'une d'icelles ses pieds paraissaient crochus. Lui a ledit Barré fait plusieurs exorcismes et adjurations et a fait et fait faire beaucoup de prières, lui a demandé le nombre des démons qui étaient dans son corps et leurs noms. L'un d'iceux après beaucoup d'insistance et d'abjurations réitérées a été nommé Achaos...

Signé : Cr. Cerisay de La Guerinière, Louis Chauvet, etc.

» 25 novembre 1632. Le lendemain xxve desdits mois et an, nous bailli et juge susdit, nous sommes de rechef transportés au couvent des Ursulines sur les huit à neuf heures du matin, et y sommes entrés, accompagnés des officiers soussignés et du commis de notre greffier. Nous a ledit Barré dit qu'il ferait les exorcismes dans le chœur ; lui avons remontré qu'il serait bon qu'il n'y eût que la supérieure afin de faire les choses avec plus d'attention et moins de divertissement ; à quoi il s'est accordé. Ce fait s'est en allé célébrer sa messe dans la chapelle dudit lieu, que nous avons entendue étant au chœur dans lequel ladite supérieure a été apportée et mise sur la couchette où elle était le jour précédent à la matinée, en même situation le rideau de la grille ouvert et tiré ; pendant la messe ladite supérieure aurait eu plusieurs grandes violentes et étranges convulsions, et semblables à celles du jour précédent. Durant l'une d'icelles elle aurait dit : « Grandier, mauvais prêtre ! » sans être interrogée ni exorcisée. Après que ledit Barré a eu célébré la messe est venu dans le chœur revêtu de ses habits sacerdotaux, et ayant le saint ciboire en la main, et a protesté que son action était pure, pleine d'intégrité. Ce fait ledit Barré s'est approché pour donner la communion à ladite supérieure, laquelle a eu beaucoup de convulsions, et eu des mouvements très violents, s'est efforcée de prendre le saint ciboire pour le tirer et arracher des mains dudit Barré ; néanmoins a enfin communié avec grande difficulté, s'est essayée comme au jour précédent de

rejeter la sainte hostie, a retiré la langue sur laquelle elle était, laquelle ledit Barré a repoussée avec les doigts, fait défense au démon de la faire vomir, a pris trois fois de l'eau sur ce qu'elle disait avoir l'hostie au palais, puis à la gorge. Peu avant la communion, ainsi que Barré lui faisait dire : mon Dieu, je vous donne mon âme, prenez-en possession; elle n'avait aucune difficulté à le prononcer, mais quand elle voulait dire : Prenez possession de mon corps, il semblait qu'elle était empêchée; et qu'elle avait de grandes convulsions, et cela est arrivé par diverses fois. Dans les exorcismes, Barré a demandé au prétendu démon : *Per quod pactum ingressus es corpus hujus puellæ?* Et elle a répondu : *Aqua*. Avons requis ledit Barré que le démon dit le mot d'*aqua* en langue écossaise, afin que nous et les assistants puissions reconnaître qu'il n'y avait aucune suggestion; et avions choisi cette langue pour ce que le principal du collège de cette ville à ce présent, et qui était fort proche d'elle, est écossais; à quoi ledit Barré s'est accordé, disant qu'il lui ferait dire si Dieu le voulait; puis il lui a fait plusieurs et réitérés commandements de répondre et dire ledit mot en écossais; ce que ladite supérieure n'aurait fait, ains aurait dit par deux ou trois fois : *Nimia curiositas*. Puis aurait dit : *Deus non volo*. Et ayant été incontinent dit par quelques-uns de la compagnie que c'était parlé incongruement, et le démon exorcisé et adjuré de la part de Dieu de parler congruement, aurait encore répété lesdites paroles : *Deus non volo*; et aurait ledit Barré dit que véritablement il semblait qu'il y eût en cela de la curiosité. A quoi aurions répliqué que nous n'avions autre dessein ni curiosité que de parvenir à la connaissauce de la vérité... Pendant tout ce temps a eu plusieurs convulsions, et à l'une d'icelles s'est levée sur sa couche, sa tête étant soutenue par une religieuse, son corps aussi par quelques-uns qui étaient les plus près de sa personne, a élevé son bras vers la poutre ou solive et ne touchait, ainsi qu'aucuns nous ont certifié, que d'un pied à sadite couche. Ce qu'avons trouvé de plus étrange en ses plus grandes convulsions, est qu'après icelles elle ne paraissait guère plus haute en couleur ni plus émue. Les grandes convulsions étant passées, elle aurait dit d'elle-même par deux fois : *Iniquitas justitiæ*, et une troisième fois a dit : *Contra iniquitas justitiæ*. Ce fait nous nous sommes retirés.

Signé : DE CERISAY CHAUVET, lieutenant civil, CHARLES CAUVET, AUBRY, DANIEL DROUYN, THIBAULT commis-greffier [1]. »

Ces convulsions qui marquaient le début des exorcismes n'étaient pas toujours faciles à provoquer. Et l'un des exorcistes connaissait bien à ce sujet l'influence de l'imitation.

« ... Après qu'ils ont été partis, a ledit Barré fait plusieurs exorcismes pour faire entrer ladite supérieure en convulsion et faire parler son prétendu démon. Et pour cet effet ont été chantés des hymnes sans qu'elle aye entré en aucune convulsion durant demi-heure ou environ qu'avons encore demeuré là, ains est toujours demeurée tout étonnée et éperdue, depuis qu'avons contredit et argué de faux sa réponse ci-dessus.

Ledit Barré a proposé de faire apporter audit chœur la sœur laye, afin que l'un des démons put exciter l'autre ainsi qu'il disait [2]... »

Chez une même malade les convulsions suivant la forme qu'elles revêtaient étaient attribuées à un diable différent.

Les exorcismes dont suit le récit avaient lieu environ un an après la mort

1. Dr Legué. *Documents*, etc., p. 44 et suiv.
2. *Procès-verbaux du bailly* (cité par le Dr Legué. *Documents...*, p. 57).

de Grandier. Parmi les contorsions variées que le diable imprimait au corps des possédées, on trouve expressément signalé l'*arc de cercle* si fréquent chez nos hystériques.

« ... Monsieur, frère unique du roi, se rendit à Loudun pour voir les merveilles de cette fameuse possession, qui faisait tant de bruit dans le royaume et au dehors. L'auteur de la relation imprimée à Poitiers rapporte : « que Monsieur arriva à Loudun le 9 de mai 1635 : que Son Altesse se transporta aussitôt au couvent des Urselines où étant à la grille, et s'informant à elles-mêmes de leur état, la sœur Agnès parut un peu troublée, fit quelques frémissements, qui marquaient la présence du premier des quatre démons qui la possédaient, nommé Asmodée : qu'on fut d'avis de l'exorciser sur l'heure, et qu'Asmodée ne tarda guère à faire paraître sa plus haute rage, secouant diverses fois la fille en avant et en arrière, et la faisant battre comme un marteau avec une si grande vitesse, que les dents lui en craquaient, et que son gosier rendait un bruit forcé : qu'entre ces agitations son visage devint tout à fait méconnaissable, son regard furieux, sa langue prodigieusement grosse, longue et pendante en bas hors de la bouche, livide et sèche à tel point, que le défaut d'humeur la faisait paraître toute velue, sans être cependant aucunement pressée des dents, et la respiration était toujours égale; que Béhérit, qui est un autre démon, fit un second visage riant et agréable, qui fut encore diversement changé par deux autres démons, Acaph et Achaos qui se reproduisirent l'un après l'autre : que commandement ayant été fait à Asmodée de demeurer ferme, et aux autres de se retirer, le premier visage revint : que le démon étant adjuré d'adorer le sacrement, dit d'abord, *qu'il voulait lui-même être adoré*; mais qu'enfin il obéit, prosternant son corps en terre : qu'après diverses autres contenances, la sœur Agnès porta un pied par le derrière de la tête jusques au front, en sorte que les orteils touchaient quasi le nez : que l'exorciste lui ayant commandé de baiser le ciboire, et de dire qui était celui qu'elle avait adoré, le démon, après avoir fait beaucoup de difficultés, obéit au premier de ces commandements, mais qu'il refusa d'obéir au second, et que mettant la main sur le ciboire, il jura : *Par le Dieu que voilà, je ne le dirai pas;* que comme le père insistait, lui ordonnant absolument de le dire, le diable répliqua comme en se moquant : *Ne vois-tu pas que je viens de le dire?* Qu'alors il se retira et que la fille revint à soi, et dit à Monsieur qu'elle se ressouvenait de certaines choses qui s'étaient faites, mais non pas de toutes, et qu'elle avait ouï les réponses qui étaient sorties de sa bouche, comme si un autre les eût proférées : que son bras ayant été touché par un médecin et un chirurgien de Monsieur, son pouls fut trouvé égal après tant de secousses et d'agitations violentes.

» Le jour suivant, Monsieur alla à Sainte-Croix, où l'on conduit Élisabeth Blanchard, pour la faire communier en sa présence. La relation de ce jour-là porte : Que l'un des six démons qui la possédaient, nommé Astarot, parut incontinent, et la troubla; que son exorciste ayant commandé à ce démon d'approcher de la fille, elle tomba dans une convulsion générale de tout son corps : que sa face changea de forme et de couleur, paraissant livide et fort enflée, et la langue sortant toute hors de la bouche, fort chargée, et d'une longueur, épaisseur et grosseur tout à fait extraordinaires : qu'en cet état elle alla se roulant et serpentant jusques aux pieds du prêtre, qui lui mit le saint sacrement sur les lèvres, commandant au démon d'empêcher que les espèces ne s'humectassent en aucune façon et lui défendant de commettre, ou de souffrir qu'aucun de ses compagnons commît quelque irrévérence contre cet adorable mystère : que la fille fut incontinent jetée sur le carreau, où le diable exerça sur son corps de grandes violences, et donna des marques horribles de sa rage : qu'il la *renversa trois fois en arrière, en forme d'arc, en sorte qu'elle ne touchait au pavé que de la pointe des pieds et du bout du nez*, et qu'il semblait qu'elle voulait faire toucher la sainte hostie à la terre, l'en appro-

chant quasi à l'épaisseur d'une feuille de papier : mais que l'exorciste réitérant ses premières défenses l'en empêcha toujours : que le démon se relevant soufflait contre la sainte hostie, laquelle on voyait sur les lèvres de la possédée agitée comme une feuille d'arbre quand un vent impétueux donne dedans, et passant diverses fois d'une lèvre à l'autre : que Belzébud ayant eu commandement de monter au visage, on vit *un battement de la gorge qui l'enfla extraordinairement,* et la rendit dure comme du bois : que Monsieur ayant désiré de voir paraître tous les diables qui possédaient cette fille, l'exorciste les fit venir *au visage les uns après les autres, tous le rendant fort hideux, mais chacun faisant sa difformité différente* : que quand on eut commandé à Astarot de paraître, on remarqua au-dessus de l'aisselle gauche une grosse tumeur, avec un battement précipité, qui fut admiré de tous les assistants et même du médecin de Son Altesse : que le démon s'étant retiré de cet endroit là par le commandement de l'exorciste, il alla la saisir au visage, et laissa tomber l'hostie sur la patène, où elle fut vue toute sèche, sans qu'on pût remarquer l'endroit par lequel elle avait adhéré aux lèvres, lesquelles le démon avait aussi tellement desséchées, qu'elles se pelaient, et que la peau paraissait toute blanche et soulevée[1].. »

On voit en somme que « la contorsion » telle que nous l'avons décrite à la deuxième période de la grande attaque hystérique (Voy. p. 69 et p. 195) jouait un grand rôle dans les scènes d'exorcisme. L'exemple suivant est encore fort remarquable à ce point de vue.

(L'auteur de la relation dit) «... que la mère prieure étant venue sur les rangs, le démon Balaam parut d'abord ; mais qu'aussitôt il fit place à Isaacarum par le commandement du père Surin son exorciste : que ce dernier adora le sacrement comme les autres, en donnant des marques d'un horrible désespoir : *La rage,* dit-il, *que j'ai de l'avoir perdu librement m'ôte la liberté de l'adorer :* mais que le père répétant le commandement qu'il lui avait fait, il mit le corps de la prieure dans une effroyable convulsion, tirant une langue horriblement difforme, noirâtre et boutonnée, ou grenée comme le maroquin, sans être pressée des dents, et sèche comme s'il n'y avait jamais eu d'humeur, et la respiration n'étant nullement forcée ; qu'on remarqua, entre autres postures, une telle extension de jambes, qu'il y avait sept pieds de longueur d'un pied à l'autre, la fille n'en ayant que quatre en hauteur : *qu'après cela le démon alla se jeter le ventre à terre aux pieds du père, qui tenait le saint sacrement en main, et qu'ayant le corps et les bras en forme de croix, il tourna premièrement la paume des deux mains en haut, puis acheva le tour entier, en sorte que la paume de chaque main touchait le carreau, et qu'il rapporta les mains ainsi tournées, en les joignant sur le bout de l'épine du dos, et qu'aussitôt il y porta les deux pieds joints aussi, en sorte que les deux paumes des mains touchaient les deux côtés du dehors de la plante des pieds : qu'elle demeura en cette posture assez longtemps, avec des tremblements étranges, ne touchant la terre que du ventre :* que s'étant relevée il fut commandé encore une fois au démon de s'approcher du saint sacrement, et de montrer par son visage l'opposition qu'il y a entre Jésus-Christ et lui : que sur cela témoignant une rage qu'on ne peut concevoir si on ne l'a vue : *Ah!* dit-il en criant *il est impossible de la montrer, il y a trop grande distance de l'un à l'autre :* qu'étant enquis quelle était cette distance? *Il est,* dit-il, *l'abrégé de toute bonté et moi de tout malheur :* qu'ayant proféré ces paroles, il devint encore plus forcené, et témoigna une grande rage, de ce qu'il avait dit, se mordant aux bras, et contournant horriblement tous les membres : que l'agitation cessa peu après, et que la fille revint entièrement à

1. *Histoire des Diables,* p. 226.

elle, n'ayant le pouls pas plus ému, que s'il ne se fût rien passé d'extraordinaire. Mais que presqu'au même temps que le père Surin parlait à Monsieur, et qu'il allait finir l'exorcisme, il sentit les attaques d'Isaacarum, qui le renversa deux fois, et lui remua les bras et les jambes avec des frémissements et des tremblements : que le démon forcé de se retirer par le saint sacrement qu'on lui appliquait, rentra tout à coup dans la prieure, qui était à deux pas de là, parlant à un des gens de Monsieur, et dans un moment lui fit un visage horrible et furieux, et qu'au même temps l'exorciste s'étant de nouveau relevé, alla combattre Isaacarum, auquel le père Tranquille demanda d'où lui venait cette audace de vexer le Père; il répondit en furie s'adressant au père Surin même. *C'est pour me venger de toi;* qu'alors ayant reçu commandement de se retirer, et de laisser la prieure libre, il obéit, et qu'on mit ainsi fin à l'exorcisme.[1] »

Nous venons de voir le P. Surin ressentir les attaques du démon. C'était là les premiers signes d'une affection mentale à laquelle le malheureux exorciste devait succomber[2].

La catalepsie nous paraît parfaitement décrite dans les extraits qui suivent. Nous avons vu comment les attaques de catalepsie étaient facilement provoquées chez les hystériques. (Voy. p. 520 et suiv.)

L'auteur de la relation dit « que Monsieur étant venu aux Ursulines l'après-dînée de ce même jour, on exorcisa cette religieuse (sœur Claire de Sazilli) en sa présence : que le démon, l'ennemi de la vierge, parut selon le commandement que lui en fit le père Élizée, capucin, son exorciste ordinaire, qu'il l'assoupit et la rendit souple et maniable comme une lame de plomb : que l'exorciste lui plia ensuite le corps en diverses façons en arrière et en avant, et des deux côtés, en sorte qu'elle touchait presque la terre de la tête, le démon la *retenait dans la posture où elle avait été mise jusqu'à ce qu'on la changeât*, n'ayant, durant ce temps, qui fut assez long, aucune respiration par la bouche, mais seulement un petit souffle par le nez : qu'elle était presque insensible, puisque *le père lui prit la peau du bras et la perça d'outre en outre avec une épingle, sans qu'il en sortit du sang, ou que la fille en fit paraître aucun sentiment :* que Sabulon parut ensuite, qui la roula par la chapelle, et lui fit faire diverses contorsions et tremblements : qu'il porta cinq ou six fois son pied gauche par-dessus l'épaule à la joue, tenant cependant la jambe embrassée du même côté : que durant toutes ces agitations, son visage fut fort difforme et hideux; sa langue grosse, livide et pendante jusqu'au menton et nullement pressée des dents : que la respiration fut égale, les yeux immobiles, toujours ouverts sans cligner : qu'il lui fit après cela une extension de jambes en travers qui fut

1. *Histoire des Diables*, p. 232.

2. Le père Surin ne fut pas la seule victime des troubles cérébraux suscités par les scènes horribles qui se déroulèrent à Loudun. Parmi les acteurs de ce sombre drame qui payèrent de leur vie ou de leur raison leur immixtion dans cette affaire, il faut citer, en outre du père Surin, le père Lactance et le père Tranquille, deux autres exorcistes qui moururent en proie au délire de la démonopathie; le père Lucas fut atteint de démonomanie en assistant à la mort du père Tranquille; le chirurgien Mannouri qui, en sa qualité de chirurgien expert, avait recherché les marques diaboliques sur les membres et le corps du curé de Loudun et, dans cette opération, avait montré une dureté de cœur peu commune, mourut en proie à un violent délire pendant lequel il était poursuivi par le spectre de Grandier. Enfin, le lieutenant civil Chauvet, qui avait montré par ses démarches et son opposition à certaines procédures qu'il partageait l'incrédulité du bailli de Cerisay au sujet de la possession des religieuses, n'eut pas assez de force morale pour résister à la frayeur que lui causa l'accusation de magie lancée contre lui par une des possédées. Il fut réduit dans un tel état, « que depuis on ne l'a jamais vu rétabli dans son bon sens ».

telle, qu'elle touchait du périnée contre terre : que pendant qu'elle était dans cette posture, l'exorciste lui fit tenir le tronc du corps droit et joindre les mains; que Sabulon, conjuré d'adorer le saint-sacrement, fit quelque résistance; mais qu'étant pressé, il se traîna le corps tout courbé, les mains un peu distantes l'une de l'autre sans se joindre, le visage à demi tourné et peint en image de l'enfer, et alla baiser le pied du saint ciboire que l'exorciste tenait en main, témoignant par ses gestes, ses cris et ses larmes, de l'horreur, de la révérence et du désespoir : que l'exorciste lui ayant demandé ce qu'il avait adoré, il dit, après quelques refus : *C'est celui qui a été mis en croix...*[1] »

Plusieurs malades présentaient par instants les signes de l'extase et de la catalepsie. On lit dans l'ouvrage de la Ménarday :

« Un autre jour elles se distinguaient par leur souplesse... Dans leur assoupissements, elles devenaient souples et maniables comme une lame de plomb, en sorte qu'on leur pliait le corps en tous sens, en devant, en arrière, sur les côtés jusqu'à ce que la tête touchât par terre; et elles restaient dans la pose où on les laissait jusqu'à ce qu'on changeât leurs attitudes[2]. »

Nous avons étudié plus haut les principales circonstances qui influaient sur la nature du délire hystérique. Nous avons vu qu'il empruntait ses principaux caractères au genre de vie de la malade, à ses préoccupations habituelles.

A Loudun, les diables aiment faire de longues dissertations sur les sacrements, sur la grâce, sur le péché, etc... Ces accès délirants étaient le plus souvent entretenus par les questions que le prêtre adressait alors au démon, ne dédaignant pas d'entrer quelquefois en controverse théologique avec lui.

Je n'insisterai pas sur les caractères bien hystériques de l'accès délirant dont voici le récit.

« L'exorciste interrogeait souvent Isaacarum : il lui commande de dire par quels artifices il débauchait les hommes du service de Dieu. Il ne plut alors au diable de répondre à cette question, il aima mieux exagérer les raisons pourquoi il était rempli de rage contre Dieu et contre les hommes. Ces raisons étaient, *que Dieu n'a pas également traité les hommes et les anges après leur chute*; *qu'il faisait des grâces aux hommes, dont la plupart abusaient, et qu'il les refusaient aux démons qui n'en auraient pas abusé de même; et que cependant il les obligeait d'adorer la nature humaine en son Fils.* Le père lui demande ensuite quelle était la meilleure voie par laquelle la créature qui s'est égarée de Dieu peut retourner à lui et dont il se servirait si elle était en sa puissance. *C'est l'amour de Dieu* répliqua Isaacarum, *et si j'avais la liberté comme l'homme j'emploierais toutes mes forces par la vertu de cet amour à produire des œuvres pour lui satisfaire.* Cette doctrine d'un diable qui autorisait le franc-arbitre et les satisfactions humaines commença ce jour-là à devenir suspecte à de fort bons catholiques, à cause du canal par lequel elle passait.

»... L'exorciste passa ensuite à une autre question, savoir : *Quel est le plus fort de tous les liens qui tiennent l'homme attaché à la créature?* A quoi il fut répondu, après quelque résistance, *que c'est le plaisir des sens précédé par l'oubli de Dieu, et que les soucis de la vie, les craintes et la peine qu'on a à se captiver*

1. *Histoire des Diables*, p. 231.
2. Cité par L. F. Calmeil, *loc. cit.*, t. II, p. 11.

sont les moyens dont les démons se servent pour produire cet oubli dans l'esprit des hommes.

Le démon continuant à découvrir les artifices infernaux, et à fournir lui-même des raisons pour les détruire, ce qui était proprement diviser son royaume, et le mettre en état de ne plus subsister, selon que parle l'évangile, il dit, *qu'il perdait beaucoup de gens par la lubricité ; qu'il avait acquis beaucoup de crédit auprès de Lucifer, par la chute de Macaire le jeune, en le visitant dans son désert, et l'attrapant par le moyen d'un soulier d'une femme, et d'un mouchoir parfumé, lequel il mit en son chemin ; qu'il fit croître pendant trois jours le goût du péché par ce mouchoir parfumé lequel il voyait et sentait souvent; mais qu'il se releva, et fit par pénitence une fosse où il s'enterra jusqu'au cou, ne lui restant que la tête au dehors pour regarder le Ciel.* Le diable ajouta : qu'*Allumette* autre démon dont Elisabeth de la Croix était possédée, *attrapa Martinien à peu-près de la même manière par une courtisane qu'il lui envoya.* Il fut aussi interrogé s'il y avait en enfer des personnes qui eussent fort goûté l'amour divin sur terre. Il répondit *qu'il y en avait quelques-uns qui avaient goûté cet amour en perfection, mais qu'il y en avait fort peu ; que ces sortes de gens ne pouvaient être surpris, et ne tombaient que par une secrète vanité; et que leur tourment procédait du souvenir des faveurs de Dieu.* Ces questions furent encore beaucoup étendues, et à la fin Isaacarum parut enragé, faisant des hurlements effroyables, et de grands efforts pour frapper l'exorciste, *parce*, disait-il, *il le contraignait de parler au profit des hommes, au lieu qu'il ne désirait que de détruire les œuvres de Dieu, et de s'anéantir soi-même, se repentant d'être venu dans un corps, où il servait au conseil de Dieu contre sa volonté ; qu'il y avait longtemps qu'il travaillait au monde, quoique Béhémot y eût encore plus longtemps travaillé, et qu'il eût été employé dès le commencement contre Job, lequel il n'avait pas simplement vexé dans son corps, mais qu'il avait aussi obsédé son âme, et que c'est de là que sont procédées ces paroles qui semblent approcher du désespoir, et qui ont donné tant de peines aux interprètes, et que c'est aussi par cette raison qu'il ne pécha point, en tout ce qu'il dit.* Ce discours fut fort applaudi de tous les exorcistes qui étaient présents, quoique pour confondre de mensonge celui qui le faisait, il n'eût fallut que rapporter les paroles même de Job, qui disait *J'ai horreur d'avoir ainsi parlé, et je m'en repens sur le sac et la cendre.* Paroles qui marquaient son péché et le sentiment qu'il en avait, sur ce que Dieu l'en avait repris.

» Mais voici une nouvelle découverte que fit Isaacarum qui aimait toujours à haranguer longtemps. Il dit, *qu'avant l'Incarnation, les diables ne possédaient pas les hommes comme ils les ont possédés depuis : qu'à la vérité ils n'avaient pas connu pendant la vie de Jésus-Christ la manière de l'union du Verbe à l'homme pour s'y conformer : qu'ils ne connurent pas même la divinité du Fils ni comment la maternité de Marie pouvait être jointe avec la virginité : que quand Lucifer tenta Jésus-Christ au désert, son dessein était de pénétrer dans ce secret; mais que ces paroles :* Tu ne tenteras point le Seigneur ton Dieu, *le laissèrent dans l'aveuglement sur ce mystère; que depuis la mort de Jésus-Christ les diables ont tâché de l'imiter, et de s'incarner en quelque sorte, possédant plusieurs personnes par un mélange fort subtil dont on ne s'apercevait pas, et que les magiciens étaient ceux qui les servaient le plus dans ce dessein.* Toutes ces choses ayant été proférées par la bouche de la supérieure, le père Surin, après que le démon se fut retiré, lui demanda si elle se souvenait bien de tout ce qu'elle avait dit pendant deux heures, à quoi elle répondit *que non* [1]. »

Mais le délire n'avait pas toujours cette apparence de calme et de raison.

1. *Histoire des Diables*, p. 293.

La fureur et la rage arrivaient parfois à la dernière limite du paroxysme. On était obligé de lier les énergumènes.

«... Le jour des Rois qui était le troisième de cette neuvaine, lorsque la possédée voulut chanter l'office de ce jour-là, ils (les diables) la troublèrent; ils rendirent son visage bleuâtre, et firent arrêter fixement ses yeux sur une image de la Vierge. Il était déjà tard, mais le père Surin prit résolution d'exorciser puissamment, et de faire adorer avec effroi au démon celui devant lequel les mages s'étaient prosternés. Pour cet effet, il fit passer l'Energumène du couvent dans la chapelle, où elle prononça quantité de blasphèmes, voulant frapper les assistants, et faisant de grands efforts pour outrager le père même, qui la conduisit pourtant enfin doucement à l'autel, où il la fit lier sur un banc, et après quelques oraisons, il ordonna à Isaacarum, qui paraissait pour Béhémot et qui fut pris pour lui, de se prosterner en terre avec signe de révérence et de sujétion, pour honorer l'enfant Jésus-Christ, adoré autrefois par les mages; ce que le démon refusa de faire en blasphémant horriblement. Alors l'exorciste chanta le *Magnificat*, etc., et lorsqu'il vint à ces dernières paroles: *Gloria Patri et Filio et Spiritui Sancto*, cette impie religieuse, dont le cœur était véritablement rempli du démon, s'écria : *Maudit soit le P... maudit soit le... maudit soit le... et maudit soit Marie et toute la cour céleste.* Le prétendu diable redoubla encore ses malédictions contre Marie, à l'occasion de l'*Ave maris stella*, etc., qui fut aussi chanté et dit: *Qu'il ne craignait ni Dieu, ni Marie, et qu'il le défiait de l'ôter du corps qu'il occupait.* On lui demanda pourquoi il défiait un Dieu qui est tout-puissant. — *Je le fais par rage* répliqua-t-il, *et désormais ni moi, ni mon compagnon ne ferons plus autre chose: plus nous allons en avant, plus nous concevons de haine contre Dieu, parce que nous voyons qu'il est bien servi, et que par là on se fortifie contre nous.* Alors il recommença ses malédictions,... Isaacarum n'était pas traitable; il refusa d'obéir, disant *qu'il aimerait mieux avoir mangé l'exorciste même*, et le *Gloriosa*, etc., qui fut chanté sur-le-champ, ne servit qu'à lui faire proférer de nouveaux blasphèmes contre la Vierge. Il fut encore fait de nouvelles instances, pour obliger Béhémot de faire amende honorable à Jésus-Christ, et Isaacarum à sa sainte Mère, pendant lesquelles la supérieure ayant eu de grandes convulsions, fut déliée, parce qu'on s'imagina que le démon voulait obéir : mais Isaacarum se laissant tomber à terre s'écria: *Maudite soit Marie, et maudit soit le... qu'elle a porté.* L'exorciste lui commanda à l'instant de faire satisfaction à la Vierge de ces horribles paroles, en se vautrant sur la terre en forme de serpent, de qui elle avait écrasé la tête, et en léchant le pavé de la chapelle en trois endroits, et de demander pardon en termes exprès devant l'image qui était dans ce lieu là. Mais il y eut encore refus d'obéir pour ce coup, jusqu'à qu'on vint à continuer le chant des hymnes. Alors le diable commença à se tordre, et en se vautrant et se roulant, il conduisit son corps jusqu'au bout de la chapelle, où il tira une grosse langue bien noire, et lécha le pavé avec des trémoussements, des hurlements et des contorsions à faire horreur. Il fit encore la même chose auprès de l'autel, après quoi il se releva de terre, à genoux avec un visage plein de fierté, faisant mine de ne vouloir passer outre. Mais l'exorciste avec le sacrement en main, lui ayant commandé de satisfaire de paroles, ce visage changea et devint hideux, et la tête se pliant en arrière, on entendit prononcer d'une voix forte et précipitée, qui était tirée du fond de la poitrine: *Reine du ciel et de la terre, je demande pardon à Votre Majesté des blasphèmes que j'ai dits contre votre nom.* »

Il faut lire la scène de l'exorcisme du 23 juin 1634, pendant lequel Gran-

1. *Histoire des Diables*, p. 297.

dier fut confronté avec les religieuses, pour se faire une juste idée du degré de violence qu'atteignaient parfois ces scènes de fureur.

Je terminerai ici les citations que je désire faire au sujet de la possession de Loudun. Je n'ai tenu à relever que les phénomènes qui portaient d'une façon indiscutable le cachet de la grande névrose. J'ai négligé à dessein tous les faits sur lesquels plane le soupçon de simulation ou de supercherie. Il nous suffit de savoir que dans la grande hystérie, dont l'existence chez les religieuses de Loudun paraît établie par un ensemble de faits assez imposant, la tendance à la simulation, soutenue par l'amour de la notoriété et les autres qualités du tempérament hystérique, joue un rôle universellement reconnue et éveille par cela même les plus légitimes défiances.

POSSESSION DE LOUVIERS, 1642

La possession de Louviers, qui éclata peu après celle de Loudun, présente avec celle-ci de grandes analogies. D'un côté des religieuses possédées des esprits malins, d'un autre des sorciers (ici au nombre de trois) accusés d'avoir ensorcelé le couvent, et comme conclusion le bûcher pour un malheureux prêtre et la prison perpétuelle pour l'une des religieuses[1].

Au point de vue médical nous retrouvons les mêmes symptômes avec une prédominance marquée des hallucinations et des accès délirants.

Je relèverai dans les écrits des auteurs du temps un certain nombre de faits qu'il est intéressant de raprocher de ce que nous avons observé sur nos hystériques.

Les *hallucinations* des religieuses possédées sont extrêmement remarquables. Les extraits suivants empruntés au livre du capucin Bosroger et

1. Les premiers signes de possession se déclarèrent en 1642 parmi les religieuses du monastère de Saint-Louis, à Louviers, peu de temps après sa fondation. Pendant six ans les religieuses possédées, au nombre de 18, furent exorcisées dans le but de découvrir les sorciers, auteurs de la possession. Les démons désignèrent le père Picard, directeur spirituel de la communauté, Thomas Boullé, curé au Ménil-Jourdain et l'une des religieuses, Madeleine Bavent, qui, tout en accusant les deux prêtres, s'avoua coupable des plus grands crimes de démonialité. En 1647, un arrêt du parlement de Rouen condamna au supplice du feu Thomas Boullé, accouplé au cadavre de Picard qui était mort en 1643 «... Ordonne, dit l'arrêt, que le corps dudit Picard et le dit Boullé, seront ce jourd'hui délivrés à l'exécuteur des sentences criminelles pour être traînés sur des claies par les rues et les lieux publics de cette ville, et étant le dit Boullé devant la principale porte de l'église cathédrale... faire amende honorable, tête, pieds nus et en chemise, ayant la corde au cou... ce fait, être traîné en la place du vieil marché, et là y être le dit Boullé brûlé vif, et le corps du dit Picard mis au feu, jusqu'à ce que les dits corps soient réduits en cendres, lesquelles seront jetées au vent... »

Le jugement de Madeleine Bavent fut différé. Le 15 mars 1643 cette malheureuse avait été « déclarée indigne de porter à l'avenir le nom et la qualité de religieuse, condamnée à être dépouillée du saint voile et revêtue d'habits séculiers; condamnée à être confinée à perpétuité tant qu'il plairait à Dieu de prolonger ses jours dans la basse-fosse ou dans l'un des cachots de l'officialité; à jeûner au pain et à l'eau, les mercredi, vendredi et samedi de chaque semaine ». (*Extrait de la sentence du parlement de Rouen*, cité par Calmeil, *loc. cit.*, p. 120.)

Les autres religieuses furent dispersées et transférées soit chez leurs parents, soit dans d'autres établissements religieux.

cités par Calmeil en sont des exemples qui nous permettent d'insister sur les caractères suivants : Ces hallucinations marquaient le début de l'affection. Ce n'était pas encore la possession, c'était l'obsession. Elles se montraient le plus souvent dans le silence et la solitude de la nuit. Elles intéressaient tous les sens. Elles consistaient en visions lumineuses, flambeaux, boules de feu, soleil... en apparitions d'animaux fantastiques, ou de personnages imaginaires. Parfois la vision poursuivait la malheureuse hallucinée jusque dans le jour, pendant les différents exercices, à la chapelle, etc... L'apparition revêtait souvent les traits de personnes connues qui entraient pour une part dans les relations journalières de la malade. Ces hallucinations reflétaient les occupations ordinaires des religieuses. Il y était question de devoirs religieux, de blasphèmes, d'impiétés, de séductions, etc... Les scènes lascives, les visions impures ne faisaient pas défaut... Enfin, ces troubles cérébraux s'accompagnaient parfois de mouvements convulsifs, de contractures, de secousses de tout le corps, de chutes, de perte des sens, etc...

On lit dans la notice qui traite des événements de Louviers :

« La sœur Barbe de Saint-Michel a vu plusieurs fois la nuit en sa cellule grand nombre de chandelles allumées... La même sœur était... tellement tourmentée, qu'elle ne pouvait faire trois pas qu'on ne lui vît plier avec violence les genoux jusqu'à terre, et puis elle tombait... Je passe sous silence les flambeaux allumés contre la grille de l'église au temps des communions de cette religieuse... Je laisse à part tous ces hommes et ces fantômes qui paraissaient, la persécutaient, et après lui avoir donné beaucoup d'inquiétude et de peine, prenaient la fuite par les cheminées.

» La sœur Marie de Saint-Nicolas aperçut deux formes effroyables, l'une représentait un vieil homme avec une grande barbe, lequel ressemblait... (au feu curé Picard); ce fantôme, qu'elle aperçut à quatre heures du matin, environ le soleil levant, s'assit sur les pieds de sa couche, et lui dit d'un ton d'homme désespéré : Je viens de voir Madeleine... et la sœur du Saint-Sacrement. Ah! que Madeleine est méchante! elle est entièrement à nous, etc.

» L'autre forme était seulement comme une tête fort grosse et fort noire que cette fille envisagea en plein jour... Cette tête la regarda longtemps et lui causa une grande frayeur. Elle ne laissa pourtant pas de la considérer attentivement jusqu'à ce qu'elle remarqua que cette tête commençait à descendre de la fenêtre, car pour lors elle fut saisie de peur et se retira...

»... Les diverses apparitions faites à la sœur Anne de la Nativité... commencèrent dès l'année 1642.

» C'est une chose étonnante comme quoi ce maudit ennemi se montrait presque à tous moments à cette pauvre fille en de terribles et affreuses figures, comme quoi en cet état il se tenait toute la nuit dans sa cellule, immobile devant elle, comme il marchait le premier partout où elle voulait aller, même dans le chœur où il faisait toutes sortes de bouffonneries pour la divertir, et qu'elle n'avait point de peur alors; elle n'en fut saisie que quand elle eut déclaré cette vision à sa mère-maîtresse. Le diable commença à la menacer qu'il la tourmenterait avec plus de violence, lui disant qu'elle serait à eux, à la fin, et qu'elle ne pourrait résister à tout ce qu'ils lui feraient, lui et ses compagnons, puisqu'elle avait dit leur secret à la chienne de mère... Ces menaces durèrent une nuit entière, après laquelle cette affligée rendit compte de tout à sa maîtresse, qui fit ce qu'elle put pour la consoler et lui commanda de faire un mépris absolu de toutes ces illusions sans raisonner ni parler avec le diable,..

» Lorqu'on chantait au chœur l'office divin, et qu'on célébrait la sainte Messe, il

représentait à ses yeux des horreurs abominables et se montrait en forme d'une affreuse bête qui ouvrait la gueule pour l'engloutir, à cause qu'elle ne voulait regarder de telles sottises, résistant courageusement. Il la frappait rudement et la tourmentait à tout moment; et la faisait choir rudement sur les montées ou autres lieux, et souvent il lui montrait des spectres ou des figures d'hommes ou de femmes qui dansaient nus avec une grande effronterie et impudence qui lui donnaient de l'horreur...

» Un jour... pendant la sainte Messe... un crucifix se montra à elle, qui lui dit : « Ma fille, mon épouse, ma bien-aimée, je viens à vous pour vous délivrer de votre affliction, etc... » Il détacha ses bras de la croix et s'approcha d'elle pour l'embrasser, mais elle se retira, se souvenant de l'enseignement qu'on lui avait donné, de n'écouter ni de répondre à rien... Cette forme continua à l'exhorter qu'elle ne méprisât point ses grâces, etc... Elle rendit compte de tout ceci à la mère, toutefois avec grand'peine. Il lui semblait qu'on lui ôtait les idées de la mémoire...

» Le même jour, sur le soir, la même forme du crucifix lui dit, avec des paroles amoureuses : « Ma chère fille, mon épouse, donne-moi ton cœur, etc... » Alors elle fit un mépris, même extérieur, et cracha contre le fantôme, et aussitôt il disparut. Après cela elle fut saisie d'une grande tristesse, par la crainte qu'elle avait d'avoir mal fait. Toute la nuit ensuite elle fut beaucoup tourmentée par des visions déshonnêtes qui la sollicitaient au mal avec des formes humaines impudiques. Elle dit le matin qu'elle n'avait pas fermé l'œil et qu'elle était si lasse qu'elle n'en pouvait plus, et que Dieu lui avait fait la grâce de combattre toute la nuit.

» Cette fille prit ensuite la résolution de faire une neuvaine à la très sainte Vierge pour se mettre sous sa protection, afin d'avoir plus de force pour se maintenir contre les tentations du diable. La première fois qu'elle alla à la chapelle et qu'elle commença sa prière en s'humiliant... il se présenta devant elle un soleil si beau et si ravissant qu'elle assure n'avoir jamais rien aperçu sur la terre de plus charmant... Elle entendit une voix qui sortit de cette lumière... Quelques nuits après, le diable lui proposa de sales représentations, et elle souffrait beaucoup en une si fâcheuse occasion, lorsque ce soleil éclatant vint incontinent combattre pour elle, et chasser le tentateur impudique, en proférant ces douces flatteries : « Ma fille, mon épouse, je viens pour vous défendre, etc... »

»... Souvent le diable prenait la forme de quelques religieuses qui disaient à sœur Anne du mal du père confesseur et de ses supérieures, avec des paroles trompeuses, les louant d'une façon et les blâmant de l'autre. Une fois, elle croyait parler à sa mère-maîtresse, l'étant allée trouver en sa cellule où elle semblait être assise en sa chaire, et où elle commença de tancer ladite sœur, lui reprochant, avec un visage rigoureux, qu'elle était bien infidèle à Dieu et qu'elle en recevrait le châtiment... Lorsqu'en même temps elle fut inspirée et portée tout ensemble à s'enfuir, et elle courut fort promptement au noviciat, où étant, elle fut bien étonnée d'y voir la mère-maîtresse, à qui elle venait de parler dans sa cellule, et lui dit donc son étonnement, et la mère l'assura qu'elle était toujours restée là, et lui fit confirmer par les sœurs présentes, lui prouvant ainsi que c'était une illusion, et qu'elle ne crût point une autre fois la voir si elle ne lui faisait le signe de la croix avant de lui parler.

» Durant les jeûnes, elle apercevait devant elle les viandes les plus exquises, et des formes humaines qui l'excitaient à manger, et partout où elle allait, elle sentait l'odeur des viandes. Son appétit en était fort excité jusqu'à ce qu'elle l'eût dit au père confesseur et à sa mère, car elle se sentit alors plus forte pour mépriser cette tentation... Sœur Anne eut encore la vision d'un ange d'une beauté, dit-elle, admirable, qui l'assura être envoyé de Dieu pour lui enseigner la perfection, parce que Dieu la voulait gouverner immédiatement par lui ou par ses anges, que pour cela il était député... Il se vanta d'être un séraphin, etc...

» Le lendemain, la nuit, elle vit la même apparition qui l'entretint de la vie illuminative, etc...

» Après tant d'illusions, et d'apparitions de crucifix, de soleil, d'ange de lumière, il ne restait plus rien, sinon que ce serpent se déguisât en la forme de Marie. Une nuit donc, cette fille aperçut un fantôme d'une beauté admirable qui lui dit : Ma fille, n'aie point peur, je suis Marie, mère de miséricorde, j'ai prié mon fils de surseoir encore un peu de temps les effets de sa justice; c'est pourquoi, ma chère fille, je viens vous avertir que vous avez fait de grandes fautes, d'avoir refusé, tant de fois, les grâces de mon cher fils, etc... » Enfin cette forme lui dit qu'elle ne s'étonnât pas, désormais, quand elle serait tourmentée des diables, jusqu'à être possédée, et que ce serait par sa faute, et puis elle disparut.

» Mais l'obsédée eut bien de la peine à dire cela à sa mère-maîtresse; elle avait comme l'esprit perdu. Quand elle pensait dire une parole, elle entendait sensiblement que l'on se dépitait auprès d'elle, à cause qu'elle disait cela. Elle ne laissa pourtant pas de se soumettre à l'avis de ses supérieures; elle fut retirée de sa cellule et mise dans une chambre avec deux religieuses couchées à ses côtés, pour l'assister et voir ce qui se passerait, et aussi pour la grande peur qu'elle avait. Il y avait une lampe toujours allumée pour la nuit, mais on la soufflait fort souvent, etc... Ce procédé fut bientôt suivi d'un autre, savoir des fortes convulsions, suspensions et raideurs qui la faisaient souffrir incroyablement. Cette pauvre créature a plusieurs fois été trouvée par sa maîtresse couchée contre terre raide comme un bâton. Durant l'office divin, on lui faisait jeter le livre qu'elle tenait assez loin d'elle, sans lui voir remuer les bras, ce qui arrivait souvent quatre ou cinq fois pendant un seul office. Et durant l'oraison, on la poussait fort rudement pour la faire choir sur le nez; et d'autres fois, elle avait les sens extérieurs aliénés[1]. »

« La pauvre sœur Marie du Saint-Esprit ayant fait, dix jours avant Noël, avec grande dévotion, une retraite intérieure, et étant, le propre jour de la fête, devant le Saint-Sacrement exposé depuis midi jusqu'à une heure, tâcha pendant ce temps-là, de faire une revue de toute sa vie passée... Voici que sur cela, elle fit une nouvelle donation de tout soi-même à son Seigneur, et renouvela ses vœux; ce qui dura jusqu'à une heure. Mais en même temps, ô providence divine, cette fille tomba dans des horreurs d'esprits, fureur et plusieurs idées de blasphème contre Dieu. Elle ne sut ni n'osa plus regarder le soleil dens lequel était l'adorable sacrement, parce qu'elle y voyait des choses que l'aspect humain ne peut souffrir. Voilà la première heure de son affliction, et la première invasion de l'esprit possédant.

» La nuit suivante, la dite sœur couchée en sa cellule sentit une pesanteur qui se posa par trois fois sur sa tête; après quoi elle demeura toute interdite des sens et ne put parler ni remuer; ayant seulement la vue et l'esprit libres; et demeura environ une heure comme cela; puis lui apparurent deux formes de diables, l'un grand comme un homme, qui s'assit dans la chaise, et l'autre n'ayant qu'une coudée de hauteur, qui se mit sur l'estomac de l'illudée, ainsi qu'un singe a coutume de s'asseoir, tout en monceau, et qui pour être petit n'était pas moins épouvantable à regarder.

» Les voilà tous deux qui se mettent à parler de la maison de Louviers, et comme toutes les religieuses étaient à eux, et la dite sœur aussi, et pour marquer leur présence, lui interdisaient tous les sens, et elle n'avait pas le pouvoir de dire: *Verbum caro factum est*... et... ce petit diable qui était sur elle ne faisait que crier : « Dis-donc ton *Verbum*... » cependant qu'il lui tenait la main droite sur le cœur avec sa griffe. Quand ils eurent ainsi causé de plusieurs choses contre Dieu, et sollicité cette fille de se donner à eux, ils disparurent, comme s'élançant en haut, en se riant et gaussant, et faisant en l'air des cris épouvantables.

» Une autre nuit, cette affligée ne pouvant dormir étant sur sa couche, environ les

1. *La piété affligée, ou Discours historique et théologique de la possession des religieuses dites Sainte-Elisabeth à Louviers*, par Esprit de Bosroger, capucin, Rouen, 1752, édit. in-12, ch. X de la page 127 à 140 (cité par Calmeil, *loc. cit.*, t. II, p. 85.)

dix heures entendit la cellule voisine s'ouvrir et se fermer, et incontinent marcher vers la sienne que l'on ouvrit, et vit comme un homme qui entra seul, et ferma la porte sur lui; alors elle voulut crier, mais tout pouvoir lui en fut interdit. De quoi ayant été avertir la mère maîtresse, elle consola l'affligée, la vint faire coucher elle-même et jeta de l'eau bénite par toute la cellule. Voilà qu'une heure après qu'elle fut retirée, le diable, en forme de mère-maîtresse, alla trouver la fille qu'il entretint. Mais quand il vint à dire qu'il fallait renoncer à Dieu, pour adhérer au diable... et que ce serait une chose bien agréable à la majesté divine, cette pauvre fille se scandalisa de cette religieuse déguisée, s'effraya, et repartit hardiment qu'elle ne commettrait jamais un crime si énorme et si manifeste.

» La forme qui paraissait l'appela plusieurs fois inobédiente et attachée à son sens, et voyant que la fille demeurait ferme, elle s'en alla comme par dépit, et lui donna un grand soufflet, en la laissant dans une bien mauvaise opinion de la mère-maîtresse, dont elle fut détrompée le lendemain entièrement par la mère, qui l'avisa de se donner garde, une autre fois, de ces transformations [1]. »

» La sœur Marie du Saint-Sacrement a consacré près d'un demi-volume à la peinture de ses souffrances; voici ce qu'elle-même raconte dans ses principaux passages :

« Le 27 ou 28 février de l'année 1642, travaillée que j'étais d'affliction, je commençai de m'assoupir sur les onze heures et demie. Lorsqu'on sonnait matines, je dormais, mais bientôt après je m'éveillai. On me tourmente, je crie; hélas! j'avais un peu de repos, il s'en fallait bien étonner... On ouvre notre porte fort doucement; je regarde, j'avise la forme d'un prêtre qui avait sa robe de chambre. Je m'effraye, et j'appelle hautement Dieu à mon aide : sur quoi ce fantôme changea de forme et ouvrit une grande gueule pour me dévorer, en criant et hurlant : « Ça, ça, tu es à moi; nous verrons qui aura plus de force de nous deux... » Je dis trois fois: O mon Dieu! miséricorde! secours!... Et le spectre jeta à l'instant du feu et des flammes partout, hurlant terriblement : « Tu as beau faire, tu ne m'échapperas pas ou je cesserai d'être... » Enfin je fus tellement battue de toutes parts que je ne savais plus de quel côté me tourner...

» Une nuit, étant couchée, lorsque chacun reposait, un jeune homme parut tout nu dans notre cellule. Je faisais des signes de croix, je disais: *Verbum caro factum est*, je jetais de l'eau bénite,... mais cet impudent se moquait. Il voulut me tourmenter; j'eus recours à Dieu, disant tout haut : Mon Dieu, je n'en puis plus, donnez-moi de la force! Puis je m'élance, croyant que ce fût un spectre, et le pris fortement. Quand j'aperçus que ce n'était pas un fantôme, mais véritablement un sorcier, je fus saisie de grande frayeur et criai de toute ma force. La mère de l'Assomption me demandait ce que c'était. Je ne lui répondis point, je ne faisais que crier. Il ouvrit notre porte et s'en alla par une cheminée qui était en notre cellule. Il me traînait avec lui, parce que je le tenais, et ne voulais point quitter; de sorte qu'il m'enleva bien deux pieds de terre... et j'eus peur d'être enlevée hors de notre couvent. Je quittai ma prise et retombai dans notre chambre, où l'on me trouva la main pleine et gâtée de la graisse dont ce sorcier s'était frotté. Elle était très puante et noire, tirant sur le rouge. On m'essuya les mains avec un linge blanc qu'on jeta tout aussitôt dans le feu... »

» Un ange de lumière, dont il sera parlé bientôt fort souvent, me jure, me persuade, m'avise que le confesseur (du couvent) est vrai magicien, et qu'il est amoureux de moi, et qu'en bref il me doit découvrir sa flamme. Enfin ce pipeur en vient aux transformations; il se travestit comme lui de geste, d'habit et de paroles; il donne les mêmes enseignements et consolations, se fait tout pareil à notre père; et en prend immédiatement la forme, laquelle, un jour bien matin, entra dans notre

1. Bosroger, *loc. cit.*, édit in-12, ch. X de la page 141 à 145 (cité par Calmeil, *loc. cit.*).

cellule, et commença à me déclarer sa passion par ces mots: « Qu'as-tu, ma fille? Je vois bien que tu es incommodée. » Il me dit que depuis longtemps il souffrait une passion d'amour pour moi, et qu'il n'avait jamais osé me le découvrir, mais que, puisque l'occasion se présentait si à propos, il se déclarait. Il me rapporta plusieurs choses qu'il disait être dans la Sainte-Écriture, pour me faire voir qu'il n'y avait point de péché à m'aimer; puis il me tint des discours fort amoureux; alors je demeurai fort interdite d'étonnement et ne savais que dire. Néanmoins j'ai pensé qu'il n'était pas temps de se taire; je m'écriai fort haut: Ah! mon Dieu, à qui se fiera-t-on? Quoi! Êtes-vous si misérable que de me tenir ces propos, et d'avoir ces méchantes pensées-là? Il repart: « Ne fais point de bruit, parlons d'autre chose, je m'en vais quérir la communion... » — « Non, non, lui dis-je; je ne communierai point de votre main, après le discours que vous me venez de tenir... »

» Un peu après, quand notre père confesseur m'envoya quérir tout de bon, je n'y voulais point aller, car je pensais que c'était un méchant homme qui me voulait induire au mal, à cause de ce qui s'était passé touchant l'apparition que j'avais eue de lui. Je fus pourtant tellement importunée, que j'allais au parloir, là où le père confesseur me fit voir clairement que c'était le diable qui m'avait illudée et non lui; mais Dieu permit une chose après, qui me fit bien connaître le reste.

«... Un jour, sur les trois heures après midi, notre père m'envoya quérir au parloir; j'y fus aussitôt, et lui, demeura dans la cour pour parler à un religieux qui prêchait l'octave de Saint-Sacrement à Notre-Dame. Cependant, le diable prit sa forme que je trouvais au parloir, lequel m'entretint comme notre père environ une demi-heure. Je lui disais tout mes sentiments avec grande liberté; il me faisait faire des promesses de fidélité, d'obéissance et de soumission à toutes ses volontés; mais à cause de la crainte que j'avais d'être surprise, je disais toujours: Oui, mon père, je vous promets cela en tant que ce sera la volonté de Dieu. Mais comme je lui disais les soupçons que j'avais eus de lui, notre père entra au parloir, et aussitôt ce diable passa par la grille, et me frappa, me renversant par terre et disparut. Cela me fit connaître la vérité et m'ôta les soupçons que je m'étais formés, dans l'esprit, de notre père confesseur...

» Vrai Dieu! à quel point cet esprit de séduction mena ses illusions! Jusque-là, chose étonnante, qu'il me promit de me faire voir, dans les saintes hosties, les marques de la magie du confesseur et le fit selon sa promesse.

» Un jour donc, m'ayant apparu en ange de lumière, il me tint ce discours: « Je t'avais tant de fois avertie de prendre garde. Tu te confies en un misérable qui, sous prétexte de dévotion et de soulager tes peines, te veut attirer à un sale et vilain amour. Ah! le dissimulé confesseur! il n'ose te découvrir sa folle et méchante passion, car il ne sera pas bien reçu; mais il se sert de son art magique pour empêcher le bien de son âme, et toute les fois qu'il te donne la communion, il te donne un charme d'amour très sale; considère l'hostie qu'il te donne, et tu verras qu'elle est écrite en rouge par-dessous; c'est lui, n'en doute plus, qui, par sa magie, te donne horreur du saint sacrement, et te procure toutes les pensées qui t'affligent... Ah! l'impie et abominable hypocrite, qui t'a pervertie et perdue par le charme et l'artifice de son art magique! »

» Ainsi, demi-persuadée, et incroyablement embarrassée, je m'en allai au parloir voir notre père, à qui je celai le discours de l'hostie marquée: je voulais voir si cela était vrai; je me présentai pour communier, comme les autres religieuses, pensant le surprendre, et j'aperçus à la sainte hostie tout ce que l'ange m'avait dit. Cela m'étonna fort, je ne voulus pas la recevoir quoi que l'on pût dire.

» Après la messe, je fus au confessionnal trouver notre père; je lui racontai tout ce que cet ange m'en avait dit. Il demeura tout étonné, et ne savait que me dire sinon qu'il me répliqua: « Ma fille, vous savez qui je suis et qui sont mes parents; je vous laisse à penser quel sujet j'aurais eu qui m'aurait pu induire à être si misérable. Vous connaissez ma vie, ai-je jamais donné mauvais exemple? » Il ap-

porta d'autres raisons qui me firent croire le contraire de cette illusion diabolique, puis il me dit : « Venez communier, je vous montrerai toutes les hosties, l'une après l'autre, et je vous donnerai celle que vous voudrez : » ce qui fut fait, et je communiai fort paisiblement et avec grande satisfaction.

» Un autre fois, comme j'étais au chœur pour communier, je vis le diable en forme fort horrible qui me dit : « J'ai commandement exprès de ton père confesseur de me mettre dans l'hostie qu'il te doit donner, afin de posséder ton cœur et le réduire entièrement à ma volonté, car je suis son dieu et je serai aussi le tien, et pour marque que ce que je dis est vrai, je serai à une partie de l'hostie, et cette partie te paraîtra infailliblement noire. » Cela arriva comme il avait dit, et notre père eut bien de la peine à me communier, il me montra bien vingt hosties, et toutes me paraissaient à moitié noires. A la fin, je produis des actes de confiance et d'amour de Dieu, puis je communiai ; il me prit un tremblement fort grand, qui me dura bien une demi-heure, puis je demeurai libre et en repos. »

« Un jour, ajoute quelque part Bosroger, ce faux ange lui fit voir un grand et horrible fantôme, une autre fois un gros et vilain diable de forme terrible, de même qu'un homme qui avait la tête d'un éléphant, dont la trompe était de feu, qu'il élançait avec une puanteur intolérable, et ce monstre rugissant comme un lion criait à la fille : Ça, ça, tu es à moi, l'ange du Seigneur t'a abandonnée et m'a commandé de t'engloutir... Une nuit après, le diable, en la même figure, vint à elle hurlant, volant et disant : « Voici l'heure venue... » Tantôt il lui apparut en une bête... beaucoup plus grande qu'un cheval qui jetait feu et flammes par la gueule, volant, rugissant et criant : « C'est à ce coup que je te réduirai en poudre, car tu es à moi ; » et tantôt dans un furieux éclat de tonnerre qui ébranla toute la maison et qui fut suivi d'une foudre et d'un tourbillon de feu qui entra par la fenêtre et remplit toute la cellule de cette affligée, la renversant par terre avec un terrible effroi sans la blesser. Enfin c'étaient bien les plus furieux cris et hurlements en l'air que jamais ait pu supporter créature humaine[1]. »

La perversion des sentiments, la perte de toute pudeur et de toute dignité morale, que nous avons signalées plus haut comme des caractères fréquents du délire hystérique, faisaient la stupéfaction des contemporains de la possession. On ne pouvait croire, sans faire intervenir une influence diabolique, tant de bassesse et tant de noirceur susceptible d'entrer dans l'âme de jeunes femmes de bonne éducation, vouées par goût à la vie religieuse et pour la plupart appartenant par leur famille au meilleur monde. Aussi les exorcistes puisaient-ils là des preuves en faveur de la possession.

«... Il y a environ quinze filles religieuses dans le couvent de Louviers, dit un des défenseurs de la possession, qui se disent depuis sept ou huit mois grandement travaillées des démons intérieurement, et de la vie et mœurs desquelles toutes les autres religieuses du même couvent, non travaillées, rendent de grands témoignages de sagesse, d'ingénuité, et de piété. Et jusque-là même que, dans la confrontation que l'on a faite d'elles avec une autre fille, qui a demeuré depuis plusieurs mois avec elles, dans le même couvent, et qui a été par elles accusée de magie, et de les avoir maléficiées, cette prétendue magicienne n'a rien eu à leur reprocher, mais au contraire les a toutes reconnues pour très dignes religieuses, comme il se voit encore à présent dans le procès qui en a été fait ; et telles qu'aussi elles paraissent encore maintenant durant leurs intervalles à tous ceux qui les considèrent, et particulièrement à ceux qui gouvernent leurs consciences, et entr'autres à ces mes-

1. Bosroger, *loc. cit.* édit in-12. p. 145 et suivantes (cité par Calmeil, *loc. cit.*).

sieurs ecclésiastiques sus-nommés, envoyés par Sa Majesté, qui joignirent à leur examen extérieur, celui de l'intérieur de toutes ces filles, en les confessant durant tout le temps qu'ils furent à Louviers, selon la prière que leur en fit Mgr l'évêque d'Évreux. Le second fait est : que ces quinze filles témoignent maintenant, dans le temps de leur commuuion, une horreur étrange du saint sacrement, lui font la grimace, lui tirent la langue, crachant contre lui, et le blasphèment avec une apparente impiété extrême. Le troisième est : qu'elles blasphèment et renient Dieu plus de cent fois le jour, avec une audace et imprudence incroyables.

»... Parmi ces quinze filles, il y en a trois des plus célèbres, que l'on exorcise coutumièrement, et qui, durant les exorcismes, font voir aux personnes qui connaissent le naturel des démons par la lecture des écritures saintes, un naturel tout pareil à celui-là, par mille ruses, fourberies, mensonges, hypocrisies, inquiétudes continuelles, rages et fureurs étranges.....[1] »

La scène suivante, racontée par un auteur également convaincu de la réalité de la possession est bien marquée au coin de l'extravagance hystérique :

« Pensant partir ce matin j'eus la pensée de célébrer la sainte messe à la chapelle de Lorette, où une partie des possédées vinrent l'entendre. Pendant laquelle elles ne firent que se plaindre et maudire celui qui m'avait donné l'inspiration de la dire. « De quoi t'es-tu avisé, chien, criaient-elles tout haut, nous pensions bien que tu t'en irais sans dire la messe, en cette chienne de chapelle, qui nous fait enrager. » Elles venaient me tirailler par le bas de mon aube, par la chasuble ; disaient : « Il n'y a pas moyen de le faire rire, ce chien, il est trop attentif à ce qu'il fait ; » proférant les paroles sacramentelles elles criaient : « Ces chiennes de paroles nous font enrager, dis-en d'autres. » Deux ou trois passèrent derrière l'autel, et me regardaient en face, car la séparation n'est que d'un chassis, en sorte qu'on voit à travers, elles faisaient mille singeries et s'avisaient de mille extravagances. Pour vous avouer franchement, Madame[2], j'eus bien de la peine à m'empêcher de rire, et je ne pus si bien faire, qu'après la sainte communion (continuant leur artifice, disant, il est de belle humeur, et d'une nature riante, il rira, et riaient les premières) qu'elles n'eussent quelque prise sur moi, car j'eus beaucoup de peine à achever la messe, ayant devant et derrière ces démons qui me tentaient, en sorte que je n'osais me tourner pour ne pas commettre par faiblesse quelque indécence. Enfin, la messe achevée, je voulus faire une pénitence publique des distractions que j'avais eues, et des fragilités où j'étais tombé par leur industrie, je m'en confessai publiquement à M. le pénitencier ; j'en fis aussi la pénitence publique, après laquelle je m'adressai à tous ces démons, leur commandai de venir satisfaire à Dieu de leur insolence, et de la mauvaise édification dont ils avaient été cause, ce qu'ils refusèrent de faire l'espace d'une demi-heure, disant que c'était leur propre de tenter les hommes, qu'ils avaient pouvoir sur les sens, et qu'ils n'avaient fait que ce qu'ils avaient dû ; nonobstant je les pressai de rechef et par la présence du Corps et Sang précieux de Jésus, ils vinrent fondre à mes pieds, se prosternèrent en terre, la baisèrent par commandement, et demandèrent pardon[3]. »

1. *La déffense de la verité touchant la possession des Religieuses de Louviers, par M. Jean Le Breton, théologien.* — A Évreux, de l'imprimerie épiscopale de Nicolas Hamilton, M.DC.XL.III, in 4° de 27 pages. (Réimpression de 1879. Rouen, p. 9 et 7.)

2. Ce récit est adressé à la reine.

3. *Récit véritable de ce qui s'est fait et passé aux exorcismes de plusieurs religieuses de la ville de Louviers, en présence de Monsieur le pénitencier d'Évreux et de M. Le Gauffre.* — A Paris, chez Gervais Alliot au palais, près la chapelle Saint-Michel, M.DC.XLII, avec permission, in-12 de 106 pages. (Réimpression de 1879, Rouen, p. 24.)

Le prêtre qui se trouvait ainsi en butte aux taquineries des démons avait bien quelques droits à leur attention. Il était le successeur du P. Bernard, ancien directeur spirituel des religieuses, mort en odeur de sainteté. M. Le Gauffre (c'était son nom) fut envoyé à Louviers par la reine régente pour prendre connaissance des événements qui s'y passaient. Il a laissé de son voyage une relation fort curieuse à lire aujourd'hui, adressée à Sa Majesté, et dans laquelle il raconte, jour par jour, tout ce qui lui est arrivé avec une ingénuité qui met sa bonne foi au-dessus de tout soupçon.

Je consignerai ici le récit de sa première entrevue avec les religieuses. On y trouve une scène remarquable de délire hystérique.

A son arrivée au monastère, M. le Gauffre trouva porte clause. Les ordres de monseigneur l'évêque d'Évreux défendaient expressément d'y laisser entrer personne.

« Néanmoins, il (M. le pénitencier) s'avisa d'envoyer promptement à mondit seigneur d'Évreux lui demander permission. Cependant ne croyant pas contrevenir à ses ordres, l'après-dînée il me conduisit à une petite grille où il fit venir la mère supérieure avec Sœur Marie du Saint-Sacrement possédée du démon Putifar. Monsieur le pénitencier lui demanda si elle était paisible, elle répondit qu'oui. En même temps je lui présentai une image de la Sainte Vierge, où était l'oraison du *Memorare*, qu'elle refusa avec mépris, et témoigna y avoir une grande aversion, car passant les bras au travers de la grille pour la déchirer, ce démon commença à l'agiter extraordinairement, disant : « Je n'ai que faire de ces bigoteries-là, moi, je ne me soucie point de cela, ce sont des niaiseries de ces petits hommes », et *roüillant* les yeux et tirant une langue noire comme de l'encre, s'adressa à moi, et me dit : « Tu eusses bien mieux fait, chien de prêtre, de demeurer à convertir les petits hommes, que de venir ici nous tourmenter » ; et faisant des gestes effroyables, voulait s'enfuir, mais fut retenu par mon dit sieur le pénitencier qui lui commanda de demeurer ; elle lui dit : « Laisse-moi aller, chien de pénitencier, je ne saurais plus demeurer auprès de ces bigots-là, je ne les saurais souffrir » ; et en se débattant étrangement, mettait les pieds contre la grille, se renversait sur le dos, la tête en bas, sans toutefois découvrir la fille, puis retournant la tête s'approchait de ladite grille, ouvrant la bouche démesurément, la mordait et la serrait de telle façon qu'on ne pouvait la détacher ; je commençai à le mépriser, l'appelant infâme, mot qui le fit enrager, car aussitôt il repartit : « Qui nous a amené ici ce chien de prêtre, ce chien de successeur du père Bernard, c'est un chien que nous n'avons point voulu ; tu eusses bien mieux fait, chien, de demeurer en ta première condition que Dieu t'avait donnée, sans changer ta vie comme tu as fait ; que tu es niais de t'occuper à toutes ces bigoteries, qu'avais-tu à faire de venir ici, quel dessein as-tu, chien de prêtre? » Je lui répondis : « J'y suis venu pour apprendre de toi l'humilité en voyant ta superbe. » Le démon repartit : « O que ces petits hommes sont ignorants ! ô qu'ils sont niais! ils pensent, en faisant des bigoteries, s'humilier, mais ils sont bien trompés, car n'étant que boue et poussière, où peuvent-ils se mettre plus bas? mais moi qui ne suis point d'une nature si ravalée, je veux être grand. » En même temps arriva la sœur Anne de la Nativité, possédée du démon Léviatam, avec un visage furieux, jurant et disant plusieurs saletés, s'adressant à moi : « Qui t'a fait venir ici, chien de prêtre, si je te tenais, je t'apprendrais à nous venir tourmenter, » et s'approchant de la grille s'efforçait de la rompre, grinçant les dents, et passant les mains au travers, me voulait frapper, et disait : « Qui t'a fait venir? » Je lui dis d'un ton de voix assez méprisant : « Va, infâme démon, tu souffriras à jamais les peines éternelles de ton orgueil. » Léviatam ne pouvant souffrir ce discours, s'enfuit, et dit en criant : « Je ne saurais écouter ce chien-là, c'est le successeur du père Bernard, ce chien qui nous fait tant de peines. » Entre ensuite la sœur Marie du Saint-Esprit, possédée du

démon Dagon, avec des gestes superbes, *une teste éventé*, les bras ouverts, et une démarche présomptueuse, me disant : « Bonjour, monsieur le Gauffre, je ne te saurais voir ni souffrir, » et en se retirant criait : « C'est monsieur le Gauffre. » Putifar voulait se retirer aussi, mais M. le pénitencier le retint avec deux doigts par la ceinture, il se débattait étrangement, tirant la langue; et se renversant sur le dos, il disait : « Voici une malheureuse maison, on n'y voit que des bigots, voilà quatre bons chiens de bigots. Qui nous a fait venir ces bigots ». Et étant tombé par terre, criait d'une voix effroyable : « Haye, haye, haye, que ces bigots-là me font souffrir, » frappant des pieds et des mains contre terre, faisant un bruit épouvantable ; et en se relevant un peu la tête disait : « Je résisterai à celui d'en haut, je veux être grand, moi, je ne ferai rien volontairement, je suis gaillard, je me rebellerai. » Je lui dis : « O infâme ! tu sentiras bientôt la peine de ta rebellion. » Au même temps il retomba, et d'une voix lamentable disait : « Haye, haye, haye. » On le laissa en cet état pour aller faire l'exorcisme, où je n'entrai pas ce jour-là, ni le suivant, parce que la permission de Mgr l'évêque d'Évreux n'était pas encore arrivée [1]. »

J'ajouterai aux citations qui précèdent le récit de ce que les médecins de Rouen, à la prière de messieurs les Commissaires députés par le roi sur ce sujet, ont « reconnu et vu aux religieuses de Louviers ». On soumet à leur examen cinq des filles prétendues possédées.

Les deux premières qui paraissent d'abord absolument saines d'esprit et de corps tombent en attaque pendant l'examen médical. Il semble que l'on puisse attribuer les attaques de la troisième à l'attouchement d'un point hystérogène. Enfin des deux autres qui, au moment de l'examen, étaient déjà sous le coup d'une excitation cérébrale présentant tous les caractères du délire hystérique, l'une offre un bel exemple d'attaque de contorsion avec attitude de l'*arc de cercle*, et l'autre se livre à une série d'extravagances qui portent bien le cachet de la névrose.

«... Ils (les médecins) arrivèrent à Louviers le premier jour de septembre à trois heures après midi, et entrèrent aussitôt dans le monastère de Saint-Louis où les attendaient MM. les illustrissimes archevêque de Toulouse et l'Evêque d'Evreux, les sieurs de Morangis et de Montchal conseillers d'état et maîtres des requêtes, MM. Charton, docteur de Sorbonne et pénitencier de Notre-Dame de Paris, Martineau, chanoine de ladite église et docteur en théologie, Billard curé de Vernon, deux pères jésuites, le révérend père Ragon, recteur de Rouen et le père Signeran, deux capucins, le révérend père Esprit du Boscroger, gardien du couvent de Rouen, et le père Ignace et beaucoup d'autres ecclésiastiques séculiers, tous gens d'honneur, de probité et de suffisance [2].

» On leur fit voir cinq religieuses l'une après l'autre et à loisir, trois desquelles semblaient être hors de leur accès et de toute sorte d'agitation, et les autres non entièrement libres et maîtresses de soi; ils considérèrent ces trois premières séparément pour prendre une plus exacte connaissance de leur constitution et de l'état présent de leur santé et trouvèrent à toutes la façon et le geste modeste, l'esprit tranquille, le discours bon et raisonnable, et après avoir vu leur visage, les yeux, la langue, l'habitude, touché le pouls et pris garde soigneusement à tous les signes

1. *Récit véritable de ce qui s'est fait et passé...*, etc. (Réimpression de 1879. Rouen. p. 3 et 4.)

2. Cette énumération montre assez à quelle épreuve était soumise l'imagination de ces pauvres filles.

qui servent à reconnaître la santé et les maladies, et y mettre les différences nécessaires, firent dès lors un jugement certain qu'ils ne reconnaissaient en aucune d'elles aucun signe d'indisposition naturelle pour légère et peu considérable qu'elle peut être : mais cette « bonace » ne dura pas longtemps car bientôt après d'eux d'entre elles commencèrent à changer de visage, tourner les yeux, soupirer, faire des grimaces, ensuite dire des injures, des saletés, des blasphèmes, puis des airs et des chansons, se jeter par terre, se battre la tête avec telle violence qu'elle eût été capable de faire fente et contrefente, tomber en convulsion et y faire des mouvements les uns d'une sorte, les autres d'une autre, et tous étranges et peu ordinaires, elles furent chacune d'elles un grand quart d'heure en toutes ces agitations, où les unes semblaient assez émues en l'attouchement de leur pouls, les autres peu, et toutes moins qu'elles ne devraient être raisonnablement après de si grands efforts, et sitôt que par la force des exorcismes, des prières, des reliques des saints et des autres remèdes dont ces messieurs se servirent en cette occurrence elles furent délivrées de cette vexation, elles parurent gaies, saines, vigoureuses sans ressentiment de lassitude, sans perte d'appétit, sans faire paraître aucune marque de faiblesse et d'altération, ce que les médecins observèrent avec admiration.

» Pendant le temps comme la troisième, qui était sœur Louise de Pinterville possédée par Arphaxat, parlait encore raisonnablement et avec toute modestie aux médecins en présence de monsieur d'Evreux, ledit sieur Evêque lui ayant fait le signe de la croix en derrière, sur l'épaule droite sans qu'elle pût ni le voir ni s'en apercevoir[1], elle commença à « roüiller » les yeux, devenir furieuse, dire quantité d'exécrations et faire les mêmes ou peu dissemblables actions qu'avaient fait les autres, ce qui fut soigneusement remarqué.

» Pour les deux autres, qui étaient presque toujours travaillées du mauvais esprit quoique inégalement et par vicissitudes différentes, et qui, pour lors, étaient encore en quelque sorte agitées parlant sans cesse, et par extravagance, d'abord qu'elles entrèrent dans le réfectoire où étaient les médecins qu'elles n'avaient jamais vus ni connus, l'une d'elles commença à leur dire : « Te voilà l'Emperière et toi Maignart, vous êtes d'habiles gens ma foi de venir pour guérir les diables, vous y gagnerez beaucoup, vous n'êtes pas assez savants pour cela, nargue pour vous et pour votre médecine. » Eux sans s'étonner de cette boutade l'envisagèrent très soigneusement (c'était sœur Barbe de Saint-Michel possédée par Ansitif, fille puissante, ramassée, bien colorée, de bonne habitude, grosse et grasse) et reconnurent par tous les signes qu'ils y purent remarquer, qu'il n'y avait en elle aucune apparence de maladie ordinaire, considéré même qu'étant travaillée depuis un long temps et presque sans intervalle, il ne serait pas possible qu'on ne lui vît quelque accident de jaunisse, de pâleur, d'exténuation, de faiblesse et d'autres semblables effets d'un mal violent comme le sien, car au même instant ou peu après elle tomba dans des convulsions violentes, et peu communes, *portant tout le corps élevé en voûte et en arcade sur le derrière de la tête et sur l'extrémité des talons*, les bras tendus en l'air et les extrémités des doigts, des mains et des pieds recourbées les unes en dedans comme un crampon, les autres en derrière contre la nature de cette articulation. Et ce qui semble de plus admirable, ce fut qu'en cette posture elle ne laissa pas de rouler sur le plancher, parler, crier, jetant en outre par les parties inférieures toute sorte d'excréments tant inutiles que nécessaires, et quelque temps après comme ces efforts furent modérés et relâchés, elle se releva en un moment, et parut comme devant saine et gaillarde, mais pourtant toujours l'esprit un peu en « escharpe ».

» La dernière, qui était sœur Marie du Saint-Esprit prétendue possédée par Dagon, grande fille et de belle taille un peu plus maigre, mais sans mauvais teint ni aucune sorte de maladie, entra dans le même réfectoire devant ces messieurs le visage

1. Ne pourrait-on voir là l'action de l'attouchement d'un point hystérogène ?

droit sans arrêter ses yeux, et les tournant d'un côté ou d'un autre, chantant, sautant et frappant doucement, qui l'un qui l'autre, et ensuite en se pourmenant toujours, parla en termes très élégants et significatifs du contentement qu'il avait (parlant en la personne du diable) de sa condition et de l'excellence de sa nature, qu'il était ange d'une hiérarchie très élevée, qu'il était prince, qu'il commandait et disposait de la plus grande partie du monde, que ses connaissances étaient grandes, sublimes et profondes, et surtout qu'il avait l'honneur et la gloire de faire la guerre à Dieu et qu'il l'a lui ferait jusques à l'éternité, et disait tout cela en marchant avec une contenance arrogante, et le geste semblable; ensuite il commença à entrer en furie et proférer quantité de blasphèmes, puis se prit à parler de sa petite Madeleine, sa bonne amie, sa mignonne et sa première maîtresse, et de là se lança dans un panneau de vitre la tête la première sans sauter et faire aucun effort et y passa tout le corps se tenant à une barre de fer qui faisait le milieu, et comme elle voulut repasser de l'autre côté de la vitre, on lui fit commandement en langage latin, *ut in nomine Jesu rediret non per aliam sed per camdem, viam,* ce qu'après avoir longuement contesté et dit qu'elle n'y rentrerait pas; elle le fit pourtant et rentra par le même passage, et aussitôt qu'elle fut revenue les médecins l'ayant considérée, touché le pouls et fait tirer la langue, ce qu'elle permit en raillant, et parlant d'autre chose, ils ne lui trouvèrent ni émotion telle qu'ils auraient cru devoir être, ni autre disposition conforme à la violence de tout ce qu'elle avait fait et dit; et sortit de cette sorte contant toujours quelque bagatelle et la compagnie se sépara[1]... »

Les exorcismes se faisaient le plus souvent en commun, et l'imitation jouait alors un grand rôle dans la production des attaques convulsives. D'ailleurs les diables s'excitaient les uns les autres, soit par des menaces, soit par des paroles de forfanterie.

« Dagon, qui possédait la mère du Saint-Esprit, enrageant un jour, s'écria : « J'ai tout perdu, cette chienne est plus forte que jamais, » et par grande fureur il la jeta par terre, lui fit mille contorsions et agitations, sur quoi, accourant comme les autres, pour la tenir, la sœur Marie de Jésus, possédée par Accaron, mais alors pleinement libre de son démon, Dagon cria à cette fille : « Si tu me tiens davantage et si tu ne me laisses, diantre, j'appellerai Accaron... » Et comme... la fille ne voulut pas quitter cette action de charité, Dagon appela Accaron, et aussitôt la sœur de Jésus fut agitée et roulée furieusement par terre comme l'autre...

» Un jour que les démons avaient eu de rudes commandements... Dagon qui avait rendu Madeleine Bavent magicienne.., monta en une haute furie dans la chapelle de Lorette, produisant plusieurs blasphèmes, faisant plusieurs résistances et donnant d'horribles tourments et contorsions à la fille, jurant et protestant que jamais il n'obéirait... La sœur Marie de Jésus, se confessant librement alors, Accaron vint la posséder à l'instant, et avec ses hauts et puissants discours il encouragea Dagon et le piqua l'honneur sur sa force[2]... »

Les exemples de cette sorte seraient faciles à multiplier, le récit des exorcismes en est rempli.

1. *Traité des marques des possédés et preuve de la véritable possession des religieuses de Louviers, par P. M. Esc. en M.* — A Rouen, chez Charles Osmont, en la Grand'rue des Carmes, M.DC.XCIII., petit in-4 de IV-94 pages. (Attribué à Simon Piètre, sous les initiales de son beau-père, P. Marescot, écuyer, docteur en médecine.) — (Réimpression de 1879. Rouen. p. 29 et suiv.)

2. Bosroger, *loc. cit.*, édit. in-12, p. 252 (cité par Calmeil, *loc. cit.*, t. II, p. 114).

Aussi sous l'influence d'une semblable excitation, pour peu que les diables fussent bien disposés, la chapelle devenait-elle le théâtre de scènes épouvantables qu'aujourd'hui nous avons peine à nous représenter.

« Le lendemain six heures du matin chacun se rassembla pour faire confesser et communier non seulement les cinq filles dont il a été parlé, mais douze ou treize autres prétendues obsédées ou possédées du mauvais esprit; là il est certain que dans la chapelle on vit d'étranges choses, car ce ne furent qu'horribles exécrables blasphèmes contre Dieu et contre la Vierge, et particulièrement contre le saint sacrement, que chansons lascives, mouvements étranges de toute sorte de nature, convulsions, concussions, battements des pieds et des mains, cris, hurlements, exclamations, ris démesurés : bref, un tintamarre et une telle confusion qu'on ne peut s'en imaginer de plus grande, chacune d'elles jouant son personnage et un rôle particulier sans connaissance et sans respect dans ce saint lieu où parmi tant et tel désordre, on ne laissa pas de dire la messe continuellement jusqu'à midi.

» Ce qui se passa de plus remarquable et qui fut observé par les médecins, fut que ladite sœur Barbe de Saint-Michel, dont nous avons déjà parlé, se battit la tête l'espace d'un quart d'heure entre deux chaires du chœur avec telle force et telle violence que probablement on eût cru qu'elle l'eût eue toute cassée, mais il se trouva puis après qu'elle ne s'était fait aucun mal.

» Sœur Marie du Saint-Esprit fit aussi quantité de choses extravagantes pour éviter la confession, et de la même sorte qu'elle avait fait au réfectoire le jour précédent, elle prit sans s'efforcer ni sauter, comme d'elle-même, et par une agilité extrême, la barre de fer de la vitre du chœur, élevée de quatre pieds au moins au-dessus d'elle et passa dans le jardin par le panneau de ladite vitre, puis s'y relança deux ou trois fois, et rentra enfin par la porte de la chapelle. Toutes les deux eurent de grandes répugnances, et ce ne fut pas sans contrainte qu'elles furent obligées à se confesser, et davantage à communier, allant et venant sans arrêt et crachant au nez du prêtre, disant en outre mille blasphèmes, imprécations, injures, faisant la mine, et se voulant à tout moment jeter sur la sainte hostie.

» Et ce que nous disons de ces deux-ci nous le pouvons attester semblable et véritable de toutes les autres qui firent des peines extrêmes à tous les prêtres, pour recevoir l'un et l'autre de ces sacrements, toute l'assistance ne remarquant en elles aucunes différences, que du plus ou moins en toutes ces dépravations et actions déréglées[1]. »

Nous avons décrit sous le nom d'attaque démoniaque une variété de la grande attaque hystérique qui prend sa source dans un développement insolite de la deuxième période (grands mouvements et contorsions) (voy. p. 195).

On ne saurait en trouver une plus fidèle peinture que celle qu'en fait le capucin Esprit de Bosroger dans les passages suivants.

A côté de la violence inouïe des grands mouvements, nous retrouverons l'étrangeté et la variété infinie des contorsions parmi lesquelles l'*arc de cercle* ne manque pas d'être signalé.

« O bon Dieu! quels étonnants mouvements, quelles étranges contorsions, quels urieux roulements, tantôt en boule, tantôt en d'épouvantables figures! Quelles fréquentes et rudes convulsions en de si délicates créatures, et avec tant de réitérations et de renforcement! L'on m'aura beaucoup persuadé, je vous assure, quand je croirai

1. *Traité des marques des possédés*, etc., *loc. cit.*, p. 32 et 33.

que les hommes sensés et judicieux feront passer toutes ces convulsions pour maladie, et tous ces étranges mouvements et roulements pour gentillesses de bateleurs. Mais ce qui démonstrativement convainc tout esprit humain, et qui est entièrement sans réplique, et ce que hautement ont avoué tous les fameux médecins est ceci qu'il est du tout impossible que des convulsions, et de si terribles, arrivent naturellement par maladie, durent si longtemps, reprennent si fréquemment et qu'elles soient sans lassitude après qu'elles sont passées, et qu'enfin elles ne détruisent pas le sujet... Et cependant nous voyons que ces filles sont saines, bien que depuis quatre ans elles aient souffert des convulsions de nuit et de jour et que trois ou quatre heures, pendant l'exorcisme, deux ans durant, elles aient subsisté en ces rages, contorsions, hurlements, cris et contentions de voix, et que d'autres fois, outre cela, elles aient ressenti le propre mouvemeut de leur démon trois ou quatre fois par jour[1]. »

...« Les plus substils de ce temps, dit ailleurs Bosroger, se trouveront, je m'assure, bien embarrassés en leur discernement lorsque mille personnes leur auront fait savoir qu'ordinairement les démons, après leurs contorsions et agitations, mettent ces *filles ainsi tourmentées en arc de cercle*, ce qu'ils pratiquent en leur approchant la tête en arrière contre les talons, et les faisant porter sur la face et sur la bouche, les bras raidement étendus, tellement que les reins s'arrondissent comme le dessous d'un arc. *Ce qui arrive presque à toutes, et très souvent*, ce que nous avons vu plus particulièrement et plus parfaitement en la sœur de Saint-Laurent, traitée et pliée de la sorte par son démon Béhémot, laquelle parfois est demeurée *en arc accompli pendant une heure*, en deux ou trois reprises.

» Et non moins en la sœur du Sauveur, que possède Asmodée, qui parmi cent étrangers mouvements corporels s'est trouvée bien souvent *toute pliée en arc parfait*, la tête contre les pieds jusque sur la bouche, et le ventre élevé en arcade, et y demeurer plusieurs fois des quarts et des demi-heures; voire et se jeter en cet état de toute sa hauteur et tout d'un coup. Une fois particulièrement en la présence de feu... l'évêque, nous vîmes cette pauvre fille, après une furieuse agitation de son démon... être debout, les reins pliés en deux si fortement que la tête et le visage lui pendaient en arrière jusqu'au dessous de la moitié des jambes et assez proche des talons, paraissant... de même qu'un mouchoir porté sur le doigt dont les deux extrémités seraient pendantes... chacune de leur côté.

»... La sœur Louise de l'Ascension, possédée par Aphaxat..., comme savent plusieurs, a été travaillée presque tous les jours, environ l'espace d'un an, des plus horribles contorsions et convulsions, et des plus furieux mouvements, de toutes sortes de renversement d'yeux, suspension des sens et de mille autres tourments, souvent deux ou trois heures par jour, pendant le temps de la confession et de la communion, de quoi la rage de son démon n'étant nullement assouvie, il l'a diverses fois mise en une posture étonnante, car il ne la faisait porter sur la terre que sur le flanc du côté gauche où sur un côté du ventre de la largeur seulement de quatre pouces, et tout le reste du corps étant en l'air, les deux bras étendus et courbés en arrière de bas en haut.... la tête toute renversée sur le dos presque jusqu'aux reins, comme l'on dépeint les sirènes, les pieds et les jambes renversés tout de même en arrière et proches de la tête, sans que les genoux ni les cuisses, ni le ventre, ni l'estomac, ni aucune partie du corps, touchassent la terre, sinon le flanc gauche[2].

» Ramond, possédant la sœur Marie de Saint-Nicolas... voulant empêcher la fille de se confesser au père Esprit, commença de la saisir avec violence et lui donner force contorsions et agitations. Il résiste fortement, il blasphème, il essaye de retirer la fille, il la veut jeter par-dessus un banc, lui plie la tête au dedans du

1. Bosroger, *loc. cit.*, p. 233, cité par Calmeil, *loc. cit.*, t. II, 109.
2. Voy. la fig. 46, dont l'attitude de la possédée ci-dessus décrite, n'est en somme que l'exagération.

chœur et la descend contre le plancher sans le toucher. Une fille vient pour lui soutenir la tête, la possédée est retenue seulement pour la décence par le bord de son habit, et ainsi elle ne se tient plus sur le banc que de la moitié des jambes...

» Dagon opérant sur la mère du Saint-Esprit plia une fois le corps de cette fille en trois plis, comme quand un gros serpent s'entortille la tête, et lui tourna tout le corps et l'estomac vers le côté, comme une colonne torse, tordant les jambes d'une autre forme de contorsion, et la tête repassant et retortillée par dessous les aisselles, et se relevant beaucoup, ainsi que celle d'un serpent qui se lie comme un peloton.

» Monseigneur, l'archevêque de Toulouse entretenant la sœur du Sauveur, en présence de messieurs les assistants et du père Esprit, de choses de dévotion, et elle à genoux lui racontant ce qui se passait en son intérieur, fort paisiblement, sans agitation, son démon, appelé Asmodée, vint inopinément en rage, se saisit de la fille, et la laissant appuyée seulement sur le talon du pied droit, il lui courbe tout le corps, et lui plie les reins, lui approchant la tête contre les talons, en arrière, à deux doigts proche de terre, sans que la tête y touchât aucunement, les bras raidement étendus de toute leur force, les épaules, ni le dos, ni aucune partie du corps ne touchant à terre... le pied gauche en l'air, haut, élevé... de sorte que tout ce corps demeura ainsi plié... quelque espace de temps, et en cet état le démon vomit force blasphèmes par la bouche de la fille[1]...

Un autre auteur dépeint ainsi les convulsions.

«... Durant ces fureurs et ces rages elles font d'étranges convulsions et contorsions de leurs corps, et *entre autres se courbent en arrière, en forme d'arc, sans y employer leurs mains, et en sorte que tout le corps est appuyé sur leur front autant ou plus que sur leurs pieds, et tout le reste est en l'air, et demeurent longtemps en cette posture, et la réitèrent sept ou huit fois :* et après tous ces efforts (et mille autres, continués quelquefois quatre heures durant, principalement dans les exorcismes, et durant les plus chaudes après-dînées des jours caniculaires) se sont au sortir de là trouvées aussi saines, aussi fraîches, aussi tempérées, et le pouls aussi haut et aussi égal, que si rien ne leur fût arrivé[2]. »

1. Bosroger, *loc. cit.*, liv. II, ch. I (cité par Calmeil, *loc. cit.*, t. II, p. 110 et suiv.).

2. *La défense de la vérité touchant la possession*, etc..., *loc. cit.*, p. 8,

Dans la possession d'Auxonne qui suivit de dix années celles de Louviers, l'*arc de cercle* et les grands mouvements sont ainsi décrits :

» Elles (les possédées) ont de grandes agitations de corps, qui ne se peuvent bien concevoir que par ceux qui en sont témoins. Elles se donnent de grands coups de têtes contre les murs et le pavé, de manière à faire frémir les assistants, et cela sans témoigner aucune douleur et sans qu'il paraisse ni sang, ni contusion.

» L'état du corps dans une posture extrêmement violente, se tenant droite sur les genoux pendant que la tête est renversée en arrière, à un pied environ du sol, de sorte que le corps a l'air d'être rompu, et rester dans cette posture sans branler.

» *Les renversements de la tête en arrière* jusque contre terre *avec une promptitude merveilleuse,* quelquefois jusqu'à trente ou quarante fois de suite devant et derrière, la fille demeurant à genoux et les bras croisés sur l'estomac, quelquefois, et dans le même état, la tête renversée tournant à l'entour du corps, et faisant comme un demi-cercle avec des efforts apparemment insupportables à la nature.

» Les convulsions horribles et universelles par tous les membres, accompagnées de hurlements et de cris; quelquefois la frayeur sur le visage à la vue de certains fantômes ou spectres dont elles se disaient être menacées.

» Dans un changement si extraordinaire, et des traits si différents de leur nature, qu'elles imprimeraient la crainte dans l'âme des assistants, quelquefois avec une abondance de

A côté des attaques de convulsion on observe des attaques de délire, soit que celles-ci succèdent à celles-là, soit qu'elles se montrent indépendamment les unes des autres.

Le Gauffre rapporte l'exemple suivant :

« Aphaxat, qui par sa confession est le démon de la *superbe*, empêchait la fille de communier, je le pris par les reliques du père Bernard, et a dit ceci en présence du saint sacrement, d'un air et d'un geste superbe : « Ha! grand Dieu, tu me forces à m'humilier contre ma nature, je t'ai outragé par mes blasphèmes, ce m'est un déplaisir sensible qu'en présence de ces petits hommes je sois obligé à me rétracter, moi qui les induis tous à la *superbe*. C'est moi qui fomente les hérésies, qui donne du mépris de la religion, qui fais croire à ces huguenots qu'ils ont raison, qui sème les scrupules et les *mescréances* aux catholiques, qui enfle les cœurs de *superbe*, qui remplit l'Eglise de profanation : car il est vrai qu'il n'y a pas cent autels en France où l'on ne profane le corps de Jésus. » Et s'adressant à monsieur l'abbé de Chandenier : « Ecoute, abbé, Dieu me force pour ton édification, toi qui es le dernier venu, à dire que ces petits bénéficiers se couvrent d'un grand manteau et du prétexte

larmes que l'on ne pouvait arrêter, accompagnées de plaintes et de cris aigus; d'autres fois, la bouche extraordinairement ouverte, les yeux égarés et les prunelles renversées au point qu'il n'y paraissait que le blanc, tout le reste demeurant caché sous les paupières, mais retournant à leur naturel au simple commandement de l'exorciste assisté du signe de la croix.

» *On les a vues renversées en arrière, en sorte que, touchant le pavé seulement du haut de la tête et de la plante des pieds, tout le reste demeurait en l'air tenu comme une table.* Elles marchaient dans cet état sans le secours des mains. » (*Manuscrit anonyme de la bibliothèque de l'Arsenal*, cité par E. Mathieu, *loc. cit.* p. 214.)

Dans un autre récit touchant les mêmes possédées, il est dit « que parmi les mouvements et postures violentes dont elles sont agitées pendant l'exorcisme, quelques-unes ont paru si extraordinaires, qu'elles ont été jugées passer non-seulement le pouvoir d'une fille, mais encore les forces de la nature : que la sœur Borthon, dite de Saint-François, commandée d'adorer le saint sacrement, s'est prosternée touchant la terre de la pointe de l'estomac, la tête, les pieds, les mains aussi bien que le reste du corps portés en l'air ; que la sœur de la Résurrection a fait la même chose; qu'elle y a paru quelquefois *prosternée tout le corps plié comme un cercle*, en sorte que la plante de ses pieds venait lui toucher au front : que les nommées Constance et Denise ont été vues *quelquefois renversées contre terre, qu'elles touchaient seulement du sommet de la tête et de la plante des pieds, tout le reste du corps en l'air* et marcher en cet état, que toutes ou presque toutes, demeurant à genoux et les bras croisés sur l'estomac, se sont courbées en arrière, de sorte que le haut de tête allait joindre la plante des pieds, la bouche venait baiser la terre et former de la langue un signe de croix sur le pavé : que quelques-unes, entr'autres la sœur Catherine, dans l'exorcisme, avait paru la tête renversée, les yeux ouverts, en sorte que la prunelle s'étant retirée absolumnt sous la paupière supérieure, on ne voyait que le blanc des yeux, perdant apparemment l'usage de la vue en ce moment ce qui était effroyable à voir. » (*Extrait du jugement de Nosseigneurs les archevêques, évêques, docteurs de Sorbonne, et autres savant députés par le roi sur la prétendue possession des filles d'Auxonne.*)

Près d'un siècle plus tard, dans la paroisse de Landes, près de Bayeux, des filles possédées présentaient de semblables agitations et se mettaient aussi en *arc de cercle*.

Il est dit dans la relation des faits qui concernent les filles de Bayeux : « *Elles aboient comme des chiens*, mais une d'entre elles le fait avec tant de force et ressemblance aux plus gros chiens, qu'on aurait de la peine à distinguer ses aboiements des leurs si on n'en était pas témoin ou qu'elle soit pour lors souvent tombée en syncope (dans le somnambulisme), *le corps renversé en arrière et en arc;* et que les médecins qui en ont été témoins ont regardé comme une chose extraordinaire, et qui le paraît en effet, d'autant plus que leur corps est pour lors dans une contrainte extrême et qu'elles sont privées de tout usage de la raison et des sens. » (*Le pour et le contre de la possession des filles de la paroisse de Landes, diocèse de Bayeux*, M.DCC.XXXVIII, p. 30.)

de servir Dieu, mais c'est pour avoir des bénéfices, ce sont nos amis : Dieu a permis que nous soyons en cette maison pour sa sanctification et pour l'instruction des peuples; et quoique l'on croie que les diables ne disent jamais que mensonges, il est vrai qu'il ne disent rien que pour tromper et séduire les âmes : mais quand ils sont forcés de la part de Dieu, ils disent vérités : oui ils disent vérités. Il est venu ici de petits cadets de Paris par curiosité, mais il n'ont rien vu; nous eussions bien voulu qu'on eût laissé entrer tout le monde, ce nous eût été un divertissement et entretien; si Dieu nous donnait la liberté nous obséderions ces petits esprits qui sont venus ici pour se rire : il n'y a point à rire. » S'adressant à moi qui le pressais : « O que si tu voyais ce Dieu comme je le vois! et que si tu voyais ce Dieu dans sa justice, combien tu l'adorerais! Ces petits hommes ne le connaissent pas, il leur fait plus de grâces qu'ils ne méritent; il est tout prêt encore à mourir pour eux, et à ne rien faire pour nous : il enrageait et écumait disant cela. Oui on ne le respecte pas : car encore qu'il se soit humilié, c'est en cela que sa grandeur paraît, je le dis à ma confusion : une petite imperfection arrivée dans les exorcismes et à une communion fortifie un diable pour six semaines. » Enfin, pressé par les prières du père Bernard et de saint François, il s'est humilié, a laissé la fille, qui a communié paisiblement, a entendu la messe, où elle a dit plusieurs choses dévotes[1]. »

Bosroger rapporte le trait que voici : « Le jour de la Pentecôte le même Dagon, continuant à posséder cette sœur, fut quatre bonnes heures dans la plus grande rébellion qu'on puisse imaginer, pour empêcher la fille de communier, et, pendant tout ce temps-là, *il fit souffrir à la fille d'étranges contorsions, la jeta par terre plusieurs fois,* lui fit faire cent bonds, cent courses autour de l'église; la fit pousser, choquer et renverser le monde, s'élancer et sauter sur les autels, tâcher à tout rompre, dire cent paroles d'insolence, demander à tout le peuple des adorations, mépriser Dieu avec des bravades et des rages inouïes, défier sa grandeur et sa puissance. Enfin, il lui fit dire cent blasphèmes horribles, le refrain ordinaire du démon. Pendant cette rage, les exorcistes, voyant ce Dagon sur le grand autel demandant avec insolence qu'on l'adorât, l'interpellèrent par des prières.

Comme si ce démon eût été frappé d'un coup de foudre, il tomba par terre jusque contre le balustre, sur la face, à plus de quatre ou cinq pas de l'autel[2]. »

La scène suivante se rapproche du somnambulisme.

« Le même Dagon fit grimper cette sœur par le moyen de quelques vieux bois, sur une muraille de dix pieds de hauteur, et l'ayant menée sur ladite muraille en un lieu où il n'y avait plus moyen de descendre, n'y ayant ni échelle ni autres choses pour cela; après que longtemps plusieurs filles eurent prié la possédée de s'avancer sur le mur vers un lieu où elle pourrait revenir à elles sans péril, et qu'un exorciste qui était accouru lui en eut fait commandement et pour mieux forcer le démon eut aussi commencé à genoux à dire le chapelet, Dagon s'écria en grande furie : « Diantre, si tu ne cesses le chapelet, je te jetterai cette chienne à bas; » et aussitôt, lui laissant voir le péril où elle était, il lui en donna un grand effroi et la fit tomber du haut de cette muraille sur des pierres et des tuiles qui étaient là; et cependant elle fut tellement préservée qu'elle n'eut aucune lésion ni blessure en tout son corps, mais seulement pour quelque temps un peu d'effroi et d'étourdissement[3]. »

Un des buts des exorcismes était de faire parler le diable, afin d'obtenir de lui la révélation des « charmes » apportés par lui et qui, cachés dans diffé-

1. *Récit véritable de ce qui s'est fait,* etc., *loc. cit.*, p, 18 et 19.
2. Bosroger, *loc. cit.*, édit. in-12, p. 246 (cité par Calmeil, *loc. cit.*, t. II, p. 105).
3. Bosroger, *loc. cit.*, p. 242-243 (cité par Calmeil, *loc cit.* p. 107).

rents endroits du couvent, entretenaient, croyait-on, la possession. Mais les diables n'étaient pas toujours disposés à répondra, ou bien ils se livraient à d'interminables divagations.

Les exorcistes échouaient parfois dans leurs tentatives, et ne pouvaient vaincre ce que nous appelons aujourd'hui le mutisme hystérique.

« Ensuite, dit le Gauffre, fut amenée la sœur Anne de la Nativité possédée du démon Léviatam, qui ne voulut point répondre, quelques conjurations qu'on lui put faire, disant : « Je ne répondrai point à ces chiens de prêtres, je veux avoir des évêques, moi, je ne dirai mot si je ne vois des évêques, » et ne voulut jamais répondre, l'ayant abandonnée il s'enfuit chantant et sautant d'aise[1]. »

Par contre, il arrivait parfois que, sans être interrogés, les diables forçaient les exorcistes à les écouter, prétendant leur révéler les choses les plus importantes :

« Après cet exorcisme Grongat, qui avait déclaré avoir encore quelque chose à me dire (c'est le même auteur qui parle), me suivit jusques auprès du grand autel, se plaignant qu'il m'attendait il y avait longtemps ; qu'il était sorti six fois, et avait été forcé de revenir me parler pour me dire les volontés de Mariette ; je le conjurai de dépêcher promptement, parce que je faisais état de partir ce jour-là ; il commença en cette sorte : « Ecoute, je te déclare que la sainte Vierge qui t'a conduit ici n'est pas encore satisfaite de ce que tu y as fait, mais qu'elle attend que tu y reviennes pour voir terminer cette affaire, elle veut que tu sois confesseur, afin que sachant l'intérieur de ces filles et leur innocence lorsqu'elles seront délivrées par son moyen, toi, qui es personne publique, tu la puisses publier et faire connaître à tout le monde : oui, je te dis qu'elle veut que tu sois confesseur. » Comme je faisais semblant de ne pas concevoir ce discours, j'appelai M. le Pénitencier pour y être présent, et dis à ce démon : « Va, tu ne sais pas ce que tu veux dire, je ne comprends pas cela ; si tu as à me faire savoir quelque chose parle plus clairement. » Et lui tournais le dos par forme de mépris, et à dessein de m'en aller promptement. Ce démon (chose admirable, au lieu qu'il faut presser les autres de parler, il nous forçait à l'entendre comme étant expressément chargé de me dire ceci) commença d'une voix claire et nette : « Je te dis encore un coup de la part de la Vierge, qu'elle veut que tu reviennes en cette maison pour confesser ces religieuses afin que tu saches et apprennes, voyant le fond de leur âme, que ce n'a pas été par leur faute et par punition que nous avons été envoyés ici ; je lui répliquai que je n'en croyais rien, parce que je n'étais pas capable de confesser ne l'ayant jamais fait, et même le père Bernard ne s'en étant pas mêlé de son vivant ; il me répondit : Ne te mets pas en peine, la sainte Vierge te donnera toutes les conditions nécessaires pour cela ; je le jure sur le saint sacrement de l'autel, et sur tous les attributs divins ; je ne t'en dis pas davantage, va-t'en maintenant, tu apprendras sur le tombeau de ton père Bernard tout ce que tu dois faire pour cette maison[2]. »

En outre des attaques de délire, nous trouvons signalés en divers passages les accès de léthargie, de catalepsie et d'extase.

L'attaque de léthargie est ainsi décrite par Le Breton :

«... Il y en a parmi elles qui se pâment et s'évanouissent durant les exorcismes comme à leur gré, et en telle sorte que leur pamoison commence lorsqu'elles ont

1. *Récit véritable de ce qui s'est passé*, etc., *loc.*, *cit.* p. 7.
2. *Récit véritable*, etc., *loc. cit.*, p. 33 et 34,

le visage le plus enflammé, et le pouls le plus fort; et durant cet évanouissement qui dure quelquefois une demi-heure et plus, l'on ne peut remarquer ni de l'œil, ni de la main, aucune respiration en elles. Et elles reviennent de cet évanouissement sans que l'on y emploie aucun remède, et d'une façon encore plus merveilleuse que n'en a été l'entrée; car c'est en remuant premièrement l'orteil, et puis le pied, et puis la jambe, et puis la cuisse, et puis le ventre, et puis la poitrine, et puis la gorge; mais ces trois derniers, par un grand mouvement de dilatation; et tous ces sept mouvements produits et entresuivis en aussi peu de temps, que l'on en mettrait à réciter l'Ave Maria; le visage demeurant cependant toujours apparemment interdit de tout ses sens, lesquels enfin il reprend tout à coup en grimaçant et hurlant, et la religieuse retrouvant en même temps, ses violentes agitations, et contorsions précédentes[1]. »

Dans l'exemple suivant il y avait conservation partielle des sens :

« Le diable Gonsang (c'est Bosroger qui parle) mit une fois la sœur de saint Augustin en une horrible suspension de tous ses sens, par l'espace de six heures; sur quoi, après plusieurs prières, un des assistants de monseigneur l'évêque d'Évreux et le père Esprit commandèrent à ce démon de la part de Dieu de laisser à la fille l'ouie libre... et qu'elle leur en donnât un signe en leur serrant la main. Il fut donc forcé d'obéir à l'instant... Ils lui dirent qu'au fond de son cœur elle consentît... à un vœu qu'ils allaient faire pour elle. Elle donc consentit aussitôt et leur en donna le signe en leur serrant la main, et à l'instant le démon cessa cette furieuse suspension des sens, sur les cinq ou six heures du soir, et jura qu'il pensait la prolonger jusqu'à minuit. mais que le vœu avait rompu cette impression[2]. »

Le passage suivant a bien trait à une véritable attaque de contracture généralisée :

«.,. Cependant celle qui avait deux diables en son corps tomba toute roide sur le plancher, les bras et les pieds étendus, les extremités des uns et des autres retirés, rentrés et recourbés en dedans, sans connaissance et sans sentiment, le pouls fort et puissant, la face colorée, les yeux fermés, et les médecins disaient que c'était une égale convulsion et distension de toutes les parties du corps, qu'ils appelaient *tetanus* où tous les fibres des muscles et leurs « *apaneuuroses* » ou insertions de nerfs sont également retirées et tendues et partant immobiles[3]. »

Dans d'autres accès d'assoupissement la résolution musculaire est expressément signalée.

« Putifar répondit : « Ha, chien de Dagon, je suis pire que toi, laisse-moi, chien : » Et au même temps entra dans un assoupissement étrange, les yeux fermés, le corps sans aucun mouvement et comme sans vie : on lui remuait les bras comme si c'eût été de la laine, et demeura ainsi une heure ou plus[4]. »

Dans un autre exorcisme rapporté par le même auteur, on retrouve le même état et les mêmes expressions.

1. *La défense de la vérité touchant la possession*, etc..., *loc. cit.*, p. 8.
2. Bosroger, *loc. cit.*, p. 264. édit. in-4°, cité par Calmeil, *loc, cit.*, p. 114.
3. *Traités des marques des possédés, loc. cit.*, p. 34.
4. *Récit véritable sur ce qui s'est fait*, etc., p. 15.

«... Elle (la religieuse possédée par le démon Cismond) était par terre dans un assoupissement étrange, ayant les yeux fermés sans aucun mouvement, on lui remuait les bras et les jambes comme si c'eût été de la laine, et n'en pouvait-on tirer aucun mot. Le diable la retenait en cet état pour empêcher sa confession[1]. »

Enfin l'attitude extatique est signalée à diverses reprises.

Pendant l'exorcisme du dimanche de la fête de Saint-François il est dit : «... Puis n'a plus dit mot (en parlant du diable Putifar) et la fille est demeurée comme en extase, la tête penchée toute plate... et *avait le visage fort agréable...*[2]. »

L'exorcisme du 19 mars 1645, pendant lequel Léviatam a été exorcisé par M. le pénitencier d'Évreux, s'est terminée par une attitude extatique. «.. Après l'exorcisme fait, la fille est tombée en extase, les mains élevées en haut ; et l'on dit le *Magnificat*, durant quoi, la fille est revenue comme d'un profond sommeil. »

ÉPIDÉMIES RÉCENTES

HYSTÉRO-DÉMONOPATHIE DE MORZINES (1861), DE VERZEGNIS (1880), DE PLÉDRAN (1881), DE JACA (1882)

Le rapprochement que nous établissons ici entre les anciennes épidémies de possession démoniaque et la grande hystérie, trouve une confirmation nouvelle dans l'étude de faits contemporains qui présentent tant d'analogies avec les possessions démoniaques que quelques-uns encore les tiennent pour tels ; les épidémies de possessions récentes ont pu être étudiées de près par des médecins instruits qui ont fait des relations fort détaillées et ont pu facilement rapporter les accidents plus ou moins étranges qu'ils observaient à leur véritable cause, c'est-à-dire à l'hystérie.

HYSTÉRO-DÉMONOPATHIE DE MORZINES, 1861

Morzines[4] est une pauvre commune du département de la Haute-Savoie. Population de 2000 âmes. Des communications fort difficiles laissent ce pays perdu au milieu des montagnes dans un isolement à peu près complet, dont les habitants ont beaucoup à souffrir au physique comme au moral. Ils sont

1. *Ibid* p. 4.
2. Le Gauffre, *loc. cit.*, p. 23.
3. *Pièces détachées extraites du manuscrit H.F.*, n° 34, *de la bibliothèque Sainte-Geneviève.* (Réimpression. Rouen, 1879, p. 35.)
4. J'emprunte tous les détails qui suivent à la *Relation sur une épidémie d'hystéro-démonopathie, en* 1861, du Dr Constans. Paris, 1863.

tous pauvres et se nourrissent mal. La constitution prédominante est lymphatico-nerveuse. L'hystérie est très commune, comme dans toute la Savoie, et l'aliénation fréquente. D'une intelligence bornée, fort peut développée par l'instruction (c'est à peine si un dixième de la population sait lire et écrire) les habitants sont d'ailleurs doux et honnêtes. Il sont d'une grande piété, mêlée d'une foule de croyances absurdes. Très portés vers le merveilleux, ils aiment les contes des siècles passés et les histoires fantastiques.

Vers le mois de mars 1857, des accidents d'apparences extraordinaires, chez deux petites filles très pieuses et intelligentes, marquent le début de l'épidémie. Ils sont attribués à l'influence du démon et placés au-dessus des remèdes naturels.

Dans l'histoire de ces premières malades, il est facile de reconnaître les signes de la grande hystérie.

Perronne T..., âgée de dix ans, devait faire prochainement sa première communion, elle ne parlait que de son bonheur; un jour, en sortant de l'église, où elle venait de se confesser, c'était le 14 mars 1857, elle vit retirer de la rivière une petite fille qui avait failli se noyer. Quelques heures après, elle tombe comme morte; on la rapporte chez elle et cet état dure plusieurs heures.

Elle éprouva quelques jours après les mêmes accidents, qui se répétèrent de temps en temps dans la suite.

Vers le commencement de mai, Marie X... du même âge que Perronne T..., étant allée garder les chèvres avec elle, celle-ci tomba de son mal ordinaire. Marie tomba dans le même état. On les trouva étendues par terre serrées l'une contre l'autre, et on les transporta sans qu'elles parussent s'en apercevoir.

Après une heure environ, Marie se réveilla, demanda du pain, mais elle ne put manger.

Le lendemain elles retournèrent toutes deux faire paître les chèvres, et furent encore prises du même accident.

A partir de cette époque, le mal les prit toutes deux cinq à six fois par jour, mais ce ne fut plus de la même manière.

Il survint des hallucinations, et les crises semblèrent un lambeau de la grande attaque hystérique, détaché de la période des attitudes passionnelles. Le souvenir des hallucinations persistait après la crise, et des visions d'animaux (serpents) en marquaient la fin.

« Elles restaient immobiles, dit le père de Marie, tournaient les yeux vers le ciel, puis tendaient les bras en haut; avaient l'air de recevoir quelque chose, faisaient les mouvements de quelqu'un qui ouvre et lit une lettre : cette prétendue lettre paraissait leur faire tantôt un grand plaisir, tantôt leur inspirer un profond dégoût. Après cela elles faisaient comme si elles repliaient le papier et le rendaient au messager invisible qui l'avait apporté. Bientôt après, revenant à elles, elles racontaient qu'elles avaient reçu une lettre de la sainte Vierge qui leur disait des choses bien aimables; que, sur son invitation, elles avaient été dans le paradis, que c'était bien beau. Quand la lettre avait déplu, elles disaient qu'elle venait de l'enfer. Ma fille (Marie) manquait rarement dans ces occasions de dire qu'elle avait des serpents sur son chapeau, ce qui lui causait une grande frayeur, et elle demandait vivement qu'on l'en délivrât.

» Peu à peu les crises changèrent encore de forme; les enfants se mirent à gesticuler, à tourner rapidement leurs mains l'une autour de l'autre, à parler, crier, jurer et à faire toutes sortes de contorsions.

» Toutes deux commencèrent à faire des prédictions.

» Perronne disait que mes deux autres filles auraient la même maladie dans trois semaines.

» Ma fille dit à son tour que le père de Perronne l'aurait aussi, et qu'il en mourrait. »

Une sœur de Marie, âgée de neuf ans, est prise au milieu de mai.
Quand des crises la prenaient, elle criait, ses yeux tournaient sans cesse, elle se sauvait de la maison et allait grimper sur les arbres.
Elle fut guérie par intimidation, son père la menaçant à dessein de la tuer.

Une autre sœur (l'aînée), Julienne âgée de quinze ans, devint malade vers la fin du même mois de mai.
« Un jour, dit le père, étant dehors, elle sentit une grande douleur à la cuisse droite au-dessus du genou ; en y regardant, elle vit qu'elle avait une énorme plaie en travers de la cuisse. Elle eut ensuite une crise très violente et continua d'en avoir presque tous les jours ; elle avait mal à l'estomac, et disait qu'elle sentait quelque chose qui lui remontait de l'estomac à la gorge et l'étranglait, que c'étaient des diables, qu'elle en avait sept, et elle disait leurs noms. »
Celle-ci et la cadette ont guéri sans cause connue.

T... (Joseph), âgé de douze ans, intelligent, d'une bonne santé, frère des malades précédentes, est tombé malade au commencement de juin.
Voyant un jour ses trois sœurs en crise, il devint tout à coup comme égaré, s'empara d'un bâton et s'en alla au milieu du ruisseau voisin; il y resta au moins un quart d'heure à battre l'eau et à retourner les cailloux; il se laissa ramener sans la moindre résistance.
Plus tard, c'était en revenant de l'enterrement de son père, il monta sur un énorme sapin, sur lequel *personne n'avait pu monter*; arrivé à la cime, il en cassa l'extrémité la plus déliée, la flèche, et se plaça la tête en bas sur le sommet en chantant et gesticulant.

En huit mois, vingt-sept personnes furent atteintes; les jeunes filles fournirent toujours le plus fort contingent.
Dans les maisons où il y avait plusieurs filles ou femmes, il était rare, si l'une devenait malade, que les autres ou quelqu'une d'entre elles ne le devînt pas aussi.

Les unes tombèrent malades tout à coup, disent-elles; les autres, ce fut le plus grand nombre, éprouvèrent des malaises prodromiques, tels que maux d'estomac, inappétence, surtout pour leurs aliments habituels, *une grande répugnance pour le travail, pour se rendre à l'Église.*
Les crises ne débutèrent plus, comme chez les deux premiers enfants, par un état extatique; mais, comme elles, *plusieurs eurent des hallucinations et enfin des convulsions* ; toutes éprouvèrent la sensation d'un corps qui, s'agitant dans leur estomac, remontait à la gorge et les étouffait, les étranglait : pour elles, c'était un ou plusieurs diables.

En général, toutes attribuent le mal à un maléfice de tel ou tel individu qu'elles accusent de sorcellerie.
L'hallucination entretient cette conviction.

La nommée B..., âgée de trente-deux ans, aperçoit subitement devant elle un inconnu qui n'existe que dans son imagination déjà malade et dont elle a peur.

La fille R... (Jeanne), seize ans, entend une voix qui part de son estomac, qui lui crie que Champlanaz (un prétendu sorcier) lui a donné le mal, et qui dit : « La fille ne mangera pas, ne priera pas... » Et elle ne peut plus ni prier ni manger.

B... (Françoise), âgée de dix-huit ans, voit un individu qui la regarde par un trou qui existe dans une porte : dès qu'elle fixe les yeux sur lui, il se transforme en oiseau et s'envole.

D'autres n'ont eu des crises que parce qu'elles voyaient passer tous les soirs devant chez elles, ou qu'elles ont rencontré sur leur chemin, *un gros chien noir* qui, d'après ce qui se disait, n'était que Champlanaz métamorphosé.

Nous voyons qu'ici, comme à Loudun et à Louviers, les hallucinations marquent le début de l'affection.

Les exorcismes furent bientôt réclamés par la population elle-même, comme étant les seuls remèdes capables d'arrêter le mal. Il faut rendre ici justice à l'autorité ecclésiastique, représentée par Mgr Rendu, alors évêque d'Annecy, qui, malgré de pressantes sollicitations, s'y refusa constamment, ne voyant dans les soi-disant possédées que ce qu'elles étaient, de pauvres malades.

A Loudun, le cardinal de Lyon avait dit au curé de Chinon, le fougueux exorciste des Ursulines ; « Ne voyez-vous pas que, quand bien même ces filles ne seraient pas possédées, elles croiraient l'être sur votre parole. »

Malgré cette sage et prudente réserve, des exorcismes ont été pratiqués d'abord en particulier et dans les maisons des affligées; mais il fut bientôt décidé qu'on les rendrait généraux et publics.

L'effet fut tel que l'on pouvait l'attendre.

« Au jour convenu, dit M. Constans, toute la commune étant réunie dans l'église, on commence la cérémonie; mais aussitôt un affreux bouleversement se produit, on ne voit plus que convulsions sur tous les points, on n'entend plus que des cris, des jurements, des coups frappés sur les bancs, des invectives et des menaces adressées aux exorcistes.

» A en juger par ce que disent les témoins, ce fut une véritable répétition des scènes de Sainte-Croix de Loudun; mais comme on n'avait pas les mêmes moyens à sa disposition, il fallut renoncer à ces grandes solennités dont on avait tant espéré, et revenir aux exorcismes individuels, qui furent continués pendant un an ou dix-huit mois, jusqu'au moment où l'autorité civile les défendit à son tour. »

Il faut dater de cette époque l'extension rapide de la maladie. L'exaspération contre les prétendus sorciers, auteurs du mal, croissait dans la même proportion. L'un d'eux poursuivi par une bande furieuse de trente à quarante personnes armées de fourches, de haches, de bâtons, ne dut son salut qu'à une fuite aussi rapide que périlleuse; et nous retrouvons dans les lignes suivantes du docteur Constans comme un écho des siècles passés :

« Tous les jours, des gens honnêtes d'ailleurs, des conseillers municipaux qui m'accompagnaient dans mes courses pour me guider et m'indiquer les malades qui, le plus souvent, se cachaient ou dissimulaient leur état, m'exprimaient leurs regrets de me voir inutilement m'exposer à tant de fatigues; *car tant que l'on ne couperait pas le cou à Jean Berger* (*l'un des prétendus sorciers*), *et qu'on n'en brûlerait pas deux ou trois sur la place, la maladie ne finirait pas.*

M. Constans porte à 64 le chiffre des convulsionnaires qu'il a pu observer. On comptait 120 malades connues depuis l'origine de la maladie.

Quelques-unes étaient hystériques avant l'épidémie.

Je vais rapporter ici presque en entier la description que le docteur Constans donne de l'épidémie de Morzines, parce qu'on y trouvera les plus grandes analogies, d'un côté, avec la description que nous avons donnée de la grande hystérie et, de l'autre, avec les anciennes possessions démoniaques. Entre les possessions d'autrefois et la grande hystérie d'aujourd'hui, l'épidémie de Morzines est comme un état intermédiaire qui facilite les rapprochements.

Parmi les malades, les unes ont un aspect maladif, sont maigres, nonchalantes, peuvent à peine faire quelques mouvements, ou bien sont d'une agitation excessive et mal réglées.

Les autres, au contraire, ont toutes les apparences de la meilleure santé ; la menstruation est régulière, et leur teint témoigne généralement de leur véracité sur ce point.

Mais leur caractère est changé ; tout ce qui tenait le plus de place dans leurs affections et leurs sentiments, parents, enfants, amis, religion, ne sont plus très souvent que des objets d'indifférence, ou des causes d'irritation ou d'ennui.

Toutes sont d'une impressionnabilité extrême. Autrefois laborieuses, elles ne peuvent se fixer à aucun travail ; à peine ont-elles commencé un ouvrage, qu'elles le quittent pour un autre, que bientôt elles abandonnent également.

Fantasques et capricieuses dans leurs goûts et leurs appétits, elles restent quelquefois plusieurs jours sans manger. La dyspepsie est générale. Elles abusent du café noir.

Une fois établies, les crises se renouvellent sans aucune régularité une ou plusieurs fois par jour, et durent plus ou moins sous l'influence des moindres causes.

L'aspect d'un étranger, un mot qui déplaît, la vue ou l'audition de ce qui rappelle la religion [1], une pensée toute spontanée ou provoquée par une douleur gastralgique, de simples borborygmes déterminent tour à tour l'état convulsif.

Quelques malades cherchent à cacher leur situation, mais la plupart aiment à se donner en spectacle.

« Au commencement de l'épidémie, quand c'était principalement sur des jeunes enfants qu'elle sévissait, on a vu des phénomènes d'extase, de catalepsie et de somnambulisme ; depuis et chez toutes les malades que j'ai visitées, les accidents ne sont que convulsifs et les mêmes à peu près chez toutes, ils ne varient que par leur volume ou par leur durée et le plus ou moins de loquacité des malades...

» Au milieu du calme le plus complet, rarement la nuit, surviennent tout à coup des bâillements, des pendiculations, quelques tressaillements, de petits mouvements saccadés et d'aspect choréique dans les bras ; peu à peu et dans un très court espace de temps, comme par l'effet de décharges successives, ces mouvements deviennent plus rapides, ensuite plus amples, et ne paraissent bientôt plus qu'une exagération des mouvements physiologiques ; la pupille se dilate et se resserre tour à tour, et les yeux participent aux mouvements généraux.

1. Voici, au sujet de la vertu qu'ont les objets sacrés de provoquer les convulsions, un fait qui se rapproche beaucoup de l'histoire que nous avons rapportée plus haut au sujet des possédées de Loudun, p. 639.

« La femme du Dr Tavernier, se trouvant à Morzines, proposa à une malade de la toucher avec une relique d'une grande vertu qui lui avait été apportée de Rome et qui pourrait la guérir ; la malade ayant accepté, cette dame lui posa sa montre sur le front (c'était la prétendue relique), et à l'instant même une crise des plus violentes se manifesta. » (Constans, *loc. cit.*, p. 92.)

» A ce moment, les malades dont l'aspect avait d'abord paru exprimer la frayeur entrent dans un état de fureur qui va toujours croissant, comme si l'idée qui les domine produisait deux effets presque simultanés : de la dépression et de l'excitation tout aussitôt.

» Elles frappent sur les meubles avec force et vivacité, commencent à parler ou plutôt à vociférer; ce qu'elles disent toutes à peu près, quand on ne les surexcite pas par des questions, se réduit à ces mots indéfiniment répétés : « S..... nom! S... ch...gne! S... rouge! » (Elle appellent rouges ceux à la piété desquels elles ne croient pas); quelques-unes ajoutent des jurements.

» Si près d'elles ne se trouve aucun spectateur étranger, s'il ne leur est pas fait de questions, elles répètent sans cesse la même chose, sans rien ajouter; si c'est le contraire, elles répondent à ce que dit le spectateur et même aux pensées qu'elles lui prêtent, aux objections qu'elles prévoient, mais sans s'écarter de leur idée dominante, en y rapportant tout ce quelles disent. Ainsi, c'est souvent : « Ah ! tu crois, b... d'incrédule, que nous sommes des folles, que nous n'avons qu'un mal d'imagination ! Nous sommes des damnées, s... n... de D...! nous sommes des diables de l'enfer ! » Et comme c'est toujours un diable qui parle par leur bouche, le prétendu diable raconte quelquefois ce qu'il faisait autrefois sur la terre, ce qu'il a fait depuis en enfer, etc., etc...

» A mesure qu'elles parlent, toujours avec la même véhémence, toute leur physionomie n'a d'autre caractère que celui de la fureur. Quelquefois le cou se gonfle, la face s'injecte, chez d'autres, elle pâlit, tout comme il arrive aux personnes ordinaires, qui, selon leur constitution, rougissent ou pâlissent pendant un violent accès de colère; les lèvres sont souvent souillées de salive; ce qui a fait dire que les malades écumaient.

» Les mouvements, bornés d'abord aux parties supérieures, gagnent successivement le tronc et les membres inférieurs : la respiration devient haletante, les malades redoublent de fureur, deviennent agressives, déplacent les meubles, et lancent chaises, tabourets, tout ce qui leur tombe sous la main, sur les assistants; se précipitent sur eux pour les frapper, aussi bien leurs parents que les étrangers; se jettent à terre, toujours continuant les mêmes cris : se roulent, frappent les mains sur le sol, se frappent elles-mêmes sur la poitrine, le ventre, sur la partie antérieure du cou, et cherchent à arracher quelque chose qui semble les gêner en ce point. Elles se tournent et se retournent d'un bond; j'en ai vu deux qui, se relevant comme par *la détente d'un ressort, se renversaient en arrière, de telle façon que leur tête reposait sur le sol en même temps que leurs pieds.*

» Cette crise dure plus ou moins, dix, vingt minutes, une demi-heure, selon la cause qui l'a provoquée. Si c'est la présence d'un étranger, d'un prêtre surtout, il est très rare qu'elle finisse avant que la personne se soit éloignée : dans ce cas, les mouvements convulsifs ne sont cependant pas continus; après avoir été très violents, ils s'affaiblissent, et s'arrêtent pour recommencer immédiatement, comme si la force nerveuse épuisée prenait un moment de repos pour se réparer.

» Après le grand désordre, les mouvements deviennent peu à peu moins rapides, quelques gaz s'échappent par la bouche, et la crise est finie. La malade regarde autour d'elle d'un air un peu étonné, arrange ses cheveux, ramasse et replace son bonnet, boit quelques gorgées d'eau, et reprend son ouvrage, si elle en tenait un quand la crise a commencé; presque toutes disent n'éprouver aucune lassitude et ne pas se souvenir de ce qu'elles ont dit ou fait.

» Cette dernière assertion n'est pas toujours sincère. » (Constans, *loc. cit.*, p. 48 et suiv.)

On voit par cette description que les accès des possédées de Morzines étaient presque exclusivement formés aux dépens des phénomènes variés

(grands mouvements et contorsions) de la deuxième période de la grande attaque, auxquels venait parfois s'adjoindre le délire de la quatrième période.

Contrairement à ce que nous avons vu dans les possessions de Loudun ou de Louviers, aucun idée érotique ne se mêle ou ne paraît s'ajouter à l'idée démoniaque.

« Aucune ne dit le moindre mot ou ne fait le moindre geste obscène; dans leurs mouvements les plus désordonnés, jamais elles ne se découvrent, et si leurs vêtements se relèvent un peu quand elles se roulent à terre, il est très rare qu'elles ne les rabattent presque aussitôt.

» Il ne paraît donc point qu'il y ait ici lésion de la sensibilité génitale; aussi il n'a jamais été question d'incubes, de succubes ou de scènes du sabbat. » (Constans, *loc. cit.*, p. 55.)

A côté de la crise qui vient d'être décrite et qui est la plus commune, il existe quelques variétés, parmi lesquelles je relèverai les suivantes :

« L'une, la nommée Br... (Jeanne), quarante-huit ans, non mariée, très vieille hystérique, *sent* des bêtes qui ne sont autres que des *diables* qui lui courent sur la figure et la piquent.

« Une autre, la femme B... (Nicolas), âgée de trente-huit ans, malade depuis trois ans, *aboie* pendant ses crises, elle attribue sa maladie à un verre de vin qu'elle a bu en compagnie d'un de ceux qui donnent le mal. Pendant et hors des crises, elle a de fréquents vomissements qu'elle prétend avoir toujours eus depuis qu'elle est malade, et bien qu'elle ne boive pas de vin habituellement, ses vomissements le *sentent* et en *contiennent* toujours; elle le *reconnaît* bien au goût et à l'odeur : c'est toujours le même vin qu'elle a bu il y a trois ans et que les diables (elle en a sept) renouvellent sans cesse.

» G... (Jeanne), âgée de trente-sept ans, non mariée, est celle dont les crises diffèrent le plus. Elle n'a point de ces mouvements cloniques généraux qui se voient chez toutes les autres, et elle ne parle presque jamais. Dès qu'elle sent venir sa crise, elle va s'asseoir, et se met à balancer la tête d'arrière en avant; les mouvements lents et peu étendus d'abord, vont toujours s'accélérant, et finissent par faire parcourir à la tête, avec une incroyable rapidité, un arc de cercle de plus en plus étendu, jusqu'à ce qu'elle vienne alternativement et régulièrement frapper le dos et la poitrine. Par intervalles, le mouvement s'arrête un instant et les muscles contractés maintiennent la tête fixe dans la position où elle se trouvait au moment du temps d'arrêt, sans qu'il soit possible, même avec des efforts, de la redresser ou de la fléchir. »

Une autre, dans les terniers temps de ses crises « ne pouvait se tenir sur ses jambes, ni à peine remuer les bras; j'ai essayé (c'est le père qui parle) plusieurs fois de la mettre debout, mais elle ne se sentait pas, et tombait dès que je ne la tenais plus. » (*Ibid.*, p. 56).

Chez les possédées de Morzines l'état de la sensibilité était à peu près normal dans l'intervalle des crises; mais, pendant l'accès, l'anesthésie ne faisait jamais défaut. Elle offrait ceci de particulier qu'elle n'existait que sur les parties du corps qui étaient en convulsion. Si la convulsion était générale, l'anesthésie l'était de même. Mais chez les malades, par exemple, dont l'agitation était bornée aux parties supérieures, la piqûre était vivement sentie aux jambes, tandis qu'elle ne l'était point aux bras, dans le dos.

« La muqueuse nasale, les lèvres, conservent leur sensibilité; la barbe d'une plume promenée sur ces parties, l'ammoniaque, produisaient toujours leur effet ordinaire; le chloroforme était lui-même vivement repoussé, et je n'ai jamais pu obtenir la cessation d'une crise par son usage : il est vrai que je n'ai jamais pu l'employer très convenablement et que la crainte de quelque accident m'a toujours arrêté dans mes essais.

» Les organes des sens, l'ouïe, la vue, loin de perdre de leur activité, paraissent quelquefois acquérir une finesse, une impressionnabilité inaccoutumée, souvent remarquée d'ailleurs chez les hystériques en général.

» Le goût et l'odorat m'ont paru à leur état normal; deux ou trois malades seulement font exception. » (*Ibid.*, p. 65 et 66).

L'épidémie ne se termina qu'en 1862, par la dispersion des malades et leur internement dans des asiles d'aliénés.

Plusieurs de ces prétendues possédées furent guéries par intimidation.

J'ai déjà cité la jeune Pl... qui fut guérie par les menaces de son père. Il en fut ainsi de plusieurs autres, notamment de Julienne L.. ; son père, la saisissant par les cheveux et brandissant une hache, dit qu'il allait lui couper le cou, si sa crise ne finissait pas à l'instant, et si elle devait en avoir d'autres. La crise finit et ne se renouvela pas.

Un autre homme, qui venait de chauffer son four, feignit d'y jeter sa fille; la guérison fut instantanée et radicale.

Le sieur M... guérit sa fille une première fois, en lui promettant un habillement neuf, une autre fois, en la menaçant de l'enchaîner dans sa cave.

Hystéro-démonopathie de Verzegnis (1878). — Je ne dirai que quelques mots de l'épidémie d'hystéro-démonopathie qui tout récemment (en 1878) éclata à Verzegnis, dans le Frioul (Italie), et qui a été étudiée avec soin par les docteurs Chiap et Franzolini[1].

Entre l'épidémie de Verzegnis et celle de Morzines, l'analogie est la plus frappante. Mêmes conditions topographiques, hygiéniques, morales et sociales, sauf qu'à Morzines elles étaient encore plus mauvaises.

La seule différence qui existe est dans la forme des accès. A Morzines il y avait prédominance des convulsions, à Verzegnis les attaques étaient plus particulièrement délirantes; mais, dans les deux cas, le délire était absolument de même nature.

A Verzegnis l'épidémie débuta en janvier 1878, deux mois après les émotions d'une retraite prêchée avec une grande pompe par un père jésuite.

La première malade, jeune fille de vingt-six ans, présentait depuis huit ans des signes d'hystérie : boule, gastralgie, etc... auxquels se joignirent des convulsions qui bientôt firent croire à la possibilité d'une obsession diabolique. On lui fit subir alors l'exorcisme au *Pardon de Clauzetto*, lieu de pèlerinage célèbre, et cette cérémonie décida définitivement de la forme de la maladie. Les accès de convulsions devinrent de véritables crises démoniaques avec rage, fureur, blasphèmes et délire spécial.

Alors le son des cloches provoqua surtout les accès, il en était de même de la visite d'un prêtre, de la vue des objets sacrés, etc.

1. *L'epidemia di istero-demonopatie in Verzegnis*, Reggio nell'Emillia, 1879, in-8°.

Pendant sept mois, cette malade fut l'unique possédée; mais, en juillet 1878, plusieurs autres femmes furent atteintes de convulsions.

Comme à Morzines, l'épidémie fit de rapides progrès à la suite d'une cérémonie religieuse célébrée avec pompe en l'église paroissiale de Verzegnis et à laquelle on fit assister toutes les malades.

Un curieux rapprochement à établir entre ces deux épidémies consiste dans l'absence de délire érotique.

L'épidémie de Verzegnis fut attaquée dès la première année par les moyens d'isolement et de séquestration qui avaient réussi à Morzines. Sur le rapport du Dr Franzolini, le pays fut occupé par les carabiniers royaux, et les malades les plus gravement atteints furent transportés à l'hôpital d'Udine.

L'épidémie s'arrêta, mais n'était pas encore complètement éteinte lorsque le Dr Franzolini publia sa relation.

Un nouveau rapport des Drs Franzolini et Chiap, publié récemment[1] constate la disparation complète de l'épidémie, grâce au maintien des mesures de rigueur prises tout d'abord.

L'épidémie a duré un peu plus d'un an.

LES POSSÉDÉES DE PLÉDRAN, 1881.

Le Dr Baratoux a adressé à M. Bourneville, rédacteur en chef du *Progrès médical*, la relation suivante au sujet d'une épidémie de possession démoniaque qui venait d'apparaître, disait-on, aux environs de Saint-Brieuc.

Saint-Brieuc, le 28 juin 1881.

Monsieur le Rédacteur,

Depuis quelques jours, les journaux de Saint-Brieuc et de Paris ont parlé à diverses reprises d'un fait étrange qui se passe dans les environs de notre ville. Les sept enfants de la famille Morcet, qui habite l'hôtel Morin, au village du Grand Hirel, à 4 kilomètres au delà du bourg de Plédran, sont, paraît-il, *possédés par les esprits*. « Ces enfants se livreraient jour et nuit à des contorsions extrêmement bizarres; parfois, poussés par une force surnaturelle, ils iraient à toutes jambes se jeter dans un puits situé dans la cour de la ferme et en remonteraient en se tenant aux parois, comme un singe; parfois encore, ils grimperaient dans les arbres, graviraient avec une rapidité vertigineuse le sommet de la maison et se livreraient sur le faîte des cheminées à une danse infernale accompagnée de cris sauvages. La plus jeune des filles, âgée de sept mois, prendrait même son élan dans les airs, si l'on n'avait pas la précaution de l'attacher à son berceau. » Tels sont les faits rapportés par des personnes sérieuses et digne de foi, — disent les journaux de la localité. — Nous même avons entendu un récit analogue de la bouche des voisins de l'hôtel Morin.

Mais, avant de rapporter les faits que nous avons observés, nous croyons qu'il

1. *Relazione finale sur la epidemia di istéro-demonopatie* in *Verzegnis, Udine*, 22 jan. 1883. In *Revue scientifique*, n° 11, 17 mars 1883.

n'est pas inutile, pour nos lecteurs, de les mettre au courant du pays et des habitants de Plédran. Ce bourg est situé dans l'intérieur des terres, à 9 kilomètres de Saint-Brieuc. C'est à 4 kilomètres au delà que l'on rencontre le village du Grand Hirel, et après une marche de dix minutes à travers champs, on arrive à l'hôtel Morin, qui se compose de trois maisons antiques. Ces habitations, faites de moellons reliés entre eux par une légère couche d'argile, recouvertes d'une toiture de chaume, ne possèdent pas d'étages. Elles se composent d'une seule pièce où hommes et chevaux vivent en commun. A la façade de la maison, qui peut avoir trois mètres d'élévation, au plus, est appuyée une petite étable de près de 2 mètres de hauteur contre laquelle s'appuie un talus de pierre, ce qui permet, en s'aidant de celui-ci, de monter très aisément sur l'étable et de là sur le toit de la maison. A quelques mètres de l'habitation est creusé un puits d'une construction analogue à celle-ci. Son ouverture est d'environ 75 centimètres, et sa profondeur de 5 mètres; actuellement, l'eau ne s'y élève pas à un mètre. La disposition de ce puits permet d'y descendre avec beaucoup de facilité, en se tenant aux pierres qui font saillie dans son intérieur, attendu que, comme la maison, il n'est recouvert d'aucun enduit.

Disons même que les habitants mènent une vie très primitive, qu'ils sont ignorants, crédules et naïfs, leur grande et pour ainsi dire seule distraction de l'hiver est la veillée, où chacun narre un conte où fées et sorciers sont en jeu. C'est pourquoi, dans les faits qui sortent de la vie habituelle, leur imagination vivement frappée attribue-t-elle à une influence occulte les effets qu'ils observent. Inutile d'ajouter que ces individus sont sous la domination presque exclusive de leur curé et des siens.

Dès qu'un des enfants eut ressenti les premières atteintes de son mal, chacun le raconta à sa façon en amplifiant outre mesure ce qu'il voyait ou entendait dire, si bien qu'en peu de temps on répéta qu'on avait jeté *une passée* (un sort) sur les enfants Morcet, qui avaient alors subi en même temps l'influence de tous les diables et diablotins. Aussi eut-on recours, mais inutilement, aux secours du clergé qui dit des messes, bénit la maison et les possédés, afin de faire cesser l'obsession. « Le curé de Plédran, qui s'était rendu pour cette opération à la ferme du Grand Hirel, trouva sur le toit Marie-Jeanne, l'aînée de la famille, et comme il l'exortait à descendre, elle lui répondit dans un langage très colère et l'insulta en ricanant nerveusement, » dit la mère.

Mais, laissons de côté ce récit fantastique et rapportons seulement les renseignements que nous avons obtenus nous-même et les faits qui se sont passés sous nos yeux.

C'est le 23 février de cette année que Marie-Jeanne Morcet, âgée de quinze ans, a ressenti pour la première fois quelques-uns des symptômes qui devaient aller en s'aggravant dans la suite. En effet, ce jour-là elle fut assez nerveuse et éprouva un mal de tête violent et de fréquentes envies de vomir. Le lendemain, nous dit la mère, ses membres supérieurs se mirent en extension forcée le long du corps et restèrent ainsi pendant quatre jours. Le bras gauche recouvra alors ses mouvements, mais le droit ne les reprit que trois jours après, c'est-à-dire le 2 mars. C'est à ce moment qu'eut lieu sa première crise de nerfs; ses parents se rappellent qu'elle perdit connaissance et qu'elle fit des mouvements désordonnés, analogues à ceux que nous avons pu observer. Durant cette attaque, qui dura une heure, la jeune fille semblait éprouver une grande peur. Les jours suivants, les attaques se renouvelèrent, mais bientôt elles cessèrent, et, Marie-Jeanne n'en eut pas du 10 mars au 21 avril; elle avait seulement de temps en temps une douleur au sommet de la tête et la sensation d'une boule qui remontait du creux épigastrique au cou. Mais, depuis deux mois, les crises sont revenues plus fortes et plus fréquentes qu'auparavant : nous les décrirons tout à l'heure.

Le lendemain du jour où Marie-Jeanne retomba dans ses attaques, c'est-à-dire le 22 avril, le troisième des enfants, Pierre, âgé de onze ans, eut une crise analogue

à celle de sa sœur, elle dura quatre heures. Douze jours après, en survint une deuxième de même durée. Contrairement à ses sœurs, Pierre se souvient très bien de ses attaques. Depuis cette époque, il est continuellement agité et nerveux; très irritable, au moindre reproche, il brise tout ce qui lui tombe sous la main.

Le 23 avril, la deuxième fille, Louise, âgée de treize ans, a eu une attaque de nerfs ressemblant en tous points à celles de sa sœur.

Le lendemain, c'est-à-dire le 24 avril, le cinquième enfant, Anne-Marie, âgée de six ans, tomba sans connaissance, mais n'eut ni attaque ni convulsions. Depuis lors, elle en a eu à plusieurs reprises, mais elles n'ont jamais eu l'intensité et la durée de celles de ses sœurs.

Le 25, le sixième enfant, Toussaint, âgé de quatre ans, a eu une contracture du bras droit pendant deux jours; mais, après avoir disparu pendant un jour, elle revint le lendemain pour cesser définitivement le surlendemain. Cet enfant n'a pas éprouvé les mêmes phénomènes que ses frères et sœurs, il est seulement très nerveux, nous dit sa mère.

Chez la dernière fille, âgée de sept mois, nous n'avons pu constater rien d'anormal. Quant aux velléités acrobatiques qu'on lui prête, elles consistent simplement en agitation des membres à la vue des mouvements désordonnés de ses sœurs; il semble qu'elle prend plaisir à considérer leurs gestes bizarres, qui excitent sa curiosité et l'amusent.

Reste le quatrième enfant, Toussaint, âgé de huit ans, qui est entré en service dans une ferme voisine, le 10 avril dernier. Depuis ce temps, il a eu quelques étourdissements, il a été aussi obligé de garder le lit plusieurs fois, car les moindres travaux le fatiguent. Il est devenu méchant et il refuse souvent de garder les vaches qui lui sont confiées. Dernièrement, il lui est arrivé de prendre la queue d'un cheval pour la tête, et croyant le tirer par la bride, il le prit par la queue, et comme l'animal n'obéissait pas à son commandement et n'avançait pas à son gré, il le frappa à coups redoublés, mais le cheval lui donna une ruade qui le força à rester au lit pendant deux jours chez ses parents. Pendant son séjour à l'hôtel Morin, il ne ressentit aucun phénomène analogue à ceux de ses sœurs, mais revenu chez son maître, il devint très irritable et très nerveux, et ne voulut plus faire que le contraire de ce qu'on lui ordonnait. Ainsi, cet enfant a subi seulement un changement de caractère, et de doux qu'il était il est devenu très méchant et très emporté, mais il n'a jamais eu d'attaques.

Le jour de notre visite, nous avons pu voir tous les enfants, à l'exception de Jean. Nous ne parlerons donc pas de ce dernier. — Ils étaient tous très excités, à l'exception des deux derniers. A notre arrivée, Marie-Jeanne s'est réfugiée derrière un meuble, mais ayant aperçu sur la cravate d'une personne qui nous accompagnait une épingle dont la tête était rouge, elle s'en empara vivement et la ramassa dans une armoire dans laquelle nous pûmes apercevoir une certaine quantité de roses rouges. Cette fille a la sensation du clou hystérique très marquée; elle présente un peu d'hyperesthésie à droite et d'hémianesthésie à gauche, avec douleur ovarienne du même côté. Le violet lui paraît blanc et le vert bleu.

Louise a une hémianesthésie gauche très prononcée. Le violet lui semble blanc et le rouge jaune.

Pierre était très énervé et très turbulent; il repoussait violemment ses frères. Bientôt, il descendit dans le puits en s'accrochant à ses parois; mais, arrivé à la hauteur de l'eau, il s'arrêta et en sortit au bout d'un quart d'heure environ. De là, il monta sur le toit par le talus et l'étable en se tenant au chaume qui recouvre les habitations; puis il nous lança des pierres et des morceaux d'argile qui, avec la paille, forme la toiture de la maison. C'est tout ce que nous avons vu de la danse diabolique exécutée sur le faîte des cheminées.

Les deux sœurs monteraient aussi sur le toit depuis la fin de mai, et, depuis quinze jours, descendraient dans le puits; mais, pour exécuter ces exercices, elles

ne prendraient pas le même chemin que leur frère et auraient recours à une échelle.

Vers une heure de l'après-midi (c'est l'heure habituelle des crises) l'excitation de Marie-Jeanne était extrême : sa face était animée, ses yeux brillants et injectés, sa respiration haletante. Elle renversait les personnes qui l'approchaient, ses doigts étaient continuellement en mouvement; elle tirait nerveusement sur les manches de sa robe et lança violemment ses sabots sur le cheval qui était couché auprès d'elle. Elle ressentait aussi une boule à la gorge et une douleur dans le ventre. Elle ne tarda pas à perdre connaissance.

Elle fut prise alors de mouvements de circumduction des membres supérieurs et elle présenta, un instant après, une immobilité tétanique de tout le corps, qui dura quelques secondes; puis les membres et le corps furent animés d'oscillations rapides auxquelles succédèrent une résolution complète.

Mais, presque aussitôt, elle eût des contorsions bizarres, roula à terre et s'agenouilla pour saisir un sac de blé sous lequel elle se cacha la tête. On essaya en vain de la maintenir en cet état, car elle se débattait avec vigueur, en agitant vivement les membres dans tous les sens. Il est très difficile de décrire ces mouvements désordonnés, tantôt elle rampait sur le parquet, tantôt elle bondissait en remuant la tête. Sa respiration était haletante, entrecoupée de cris perçants pendant l'inspiration; par moments, elle lacérait ses vêtements, d'autres fois, elle portait la main à la gorge comme pour arracher un corps qui semblait l'étouffer.

Lorsque ces mouvements convulsifs diminuèrent, sa figure, qui était vultueuse et recouverte de salive, devint plus calme; elle prit diverses poses : tantôt elle se penchait en prêtant l'oreille pour écouter un bruit lointain qu'elle nous dira tout à l'heure être celui d'un tambour, d'une musique; tantôt, elle frissonnait, prenait une attitude craintive, se cachait la tête sous ses vêtements; elle entendait alors un roulement de chaînes et le bruit d'une fusillade et voyait le diable escorté d'une armée de démons. Elle appelait encore son parrain et sa grand'mère qui sont morts : « Je veux aller avec vous, » disait-elle. Elle croyait aussi apercevoir la mer remplie de poissons rouges. Tels sont les récits qu'elle fit à son réveil des visions qu'elle eut pendant sa crise, qui dura un quart d'heure. Mais, après un moment de repos, nous vîmes se reproduire les mouvements de circumduction des membres supérieurs et la phase des contorsions. Nous comprimâmes alors l'ovaire gauche; son attaque cessa et bientôt la malade reprit connaissance, en versant des larmes abondantes. C'est alors qu'elle nous raconta ses visions; elle se plaignait de la partie du ventre sur laquelle nous avions appuyé en nous adressant une série d'épithètes qui témoignaient de son mécontentement. La veille, Marie-Jeanne avait eu une attaque ou plutôt une série d'attaques qui avaient duré de midi à quatre heures. C'est, d'ailleurs, la durée habituelle de ses attaques ainsi que de celles de sa seconde sœur, Louise.

Vers la fin de la crise de Marie-Jeanne, Louise sentant venir la sienne prit un bol rempli d'eau qu'elle se versa sur la tête, ce qui la calma. Les parents Morcet, pour arrêter les crises de leurs enfants, emploient un pareil procédé dès que ceux-ci sentent venir leur attaque.

Disons encore que les crises ont lieu presque en même temps chez tous les enfants, mais celles de Anne-Marie sont plus courtes que celles de ses sœurs aînées.

En résumé, nous voyons que les symptômes que nous avons pu observer ressemblent, en tous points, à ceux que l'on constate habituellement chez toutes les personnes atteintes d'hystérie majeure.

Si le fait qui s'est passé à Plédran a eu autant de retentissement, il faut l'attribuer d'abord à la rareté de la grande hystérie dans nos contrées, et aussi à l'imagination des habitants qui ont largement amplifié les faits dont ils ont été témoins ou dont ils ont entendu parler.

Ici, encore, le diable et les sorciers ne sont pas la cause des troubles dont nous venons de parler; s'ils existent, c'est dans l'imagination de ceux qui veulent les

chasser du corps de ces enfants que l'on ferait mieux de soumettre à un traitement sérieux et régulier qui ferait plus que prières et exorcismes.

J. BARATOUX.

Nous trouvons dans l'intéressant récit qu'on vient de lire de nombreux traits qui ont appartenu aux anciennes épidémies de possession : actes extravagants, danse sur les toits, crises convulsives, injures au prêtre, contagion des accidents, etc... « Des personnes sérieuses et dignes de foi » racontent ces faits extraordinaires et sont toutes disposées à les attribuer à une influence diabolique. Mais un médecin instruit se rend à Plédran et découvre chez les prétendues possédées des signes qui mettent hors de doute la véritable signification des accidents qu'elles présentent. C'est le clou hystérique, l'hyperesthésie, l'hémianesthésie, la dyschromatopsie, la douleur ovarienne, et l'influence de la pression de l'ovaire sur l'arrêt des crises convulsives. Enfin l'une d'elles, Marie-Jeanne, donne le spectacle d'une grande crise dans laquelle il est aisé de retrouver tous les caractères de la grande attaque hystérique, telle que nous l'avons décrite avec ses différentes phases et périodes : phase prodromique avec agitation, boule à la gorge et douleur au ventre; *période épileptoïde* marquée par des mouvements de circumduction des membres supérieurs, puis immobilité tétanique de tout le corps suivie d'une phase clonique; *période des contorsions et des grands mouvements* avec cris et déchirement des vêtements; enfin *période des attitudes passionnelles* avec scènes hallucinatoires variées.

Ces sortes d'attaques durant un quart d'heure se reproduisaient en recommençant par la première période et formaient des séries qui duraient jusqu'à trois et quatre heures.

Nous ne saurions trouver rien de plus classique, en matière de crises de grande hystérie. Ce fait si remarquable pourrait être joint aux observations que nous avons réunies plus haut pour prouver l'universalité du type que nous avons décrit.

LES POSSÉDÉES DE JACA, 1881

En Espagne, dans l'ancienne ville de Jaca, on voit encore se reproduire, à l'époque actuelle, des scènes qui rappellent les anciennes possessions diaboliques et les convulsionnaires de Saint-Médard, et qui relèvent des mêmes causes. Don José Reig Y Gasco, qui en a été témoin, en a tracé un récit dont nous extrayons les passages les plus intéressants[1].

A Jaca, on célèbre tous les ans, le 25 juin, la fête de la patronne sainte Orosie. Ce jour-là accourent dans la chapelle de la cathédrale, où on vénère l'image de la sainte, une foule de paysans espagnols et français dont la plupart viennent demander un remède à leurs maux.

La fête se compose dans la journée de processions accompagnées de dan-

1. *El Siglo medico.* — 11 septembre 1881, p. 584. Traduit de l'espagnol par le Dr P. Rodet in *Journal de médecine de Paris* n° 23 et 24, 1881.

seurs et de joueurs de hautbois et de psaltérion. Puis a lieu dans l'église même « un véritable festin sacré ». Après quoi il ne reste plus que les gens qui veulent passer la nuit dans l'église où des bandes de danseurs exécutent devant la sainte toutes sortes d'évolutions chorégraphiques. Le tumulte est grand et l'ordre difficile à maintenir, ainsi qu'en témoignent les lignes suivantes d'un ancien ouvrage. « Pour éviter les rites indécents dans un endroit aussi sacré, le vicaire général et les prêtres doivent faire des rondes dans l'église. » Des groupes se forment en grand nombre dans la chapelle de sainte Orosie qui est décorée avec luxe et resplendissante de lumière; c'est là que vont avoir lieu les exorcismes et les guérisons miraculeuses.

Parmi les malades qui attendent le soulagement, les *démoniaques* ou *convulsionnaires* sont en plus grand nombre, et les femmes n'en constituent pas la majorité. Tous ces *possédés* appartiennent à la classe pauvre des montagnards, individus simples, ignorants, ne sachant ni lire ni écrire, superstitieux au suprême degré, et très attachés aux pratiques religieuses. Ils sont élevés dans l'habitude d'attribuer au diable et aux sortilèges des sorciers tous les maux qui leur arrivent.

« L'époque de la puberté, dit don José Reig Y Gasco, les troubles des fonctions génitales, l'impressionnabilité excessive, les inquiétudes, un trop grand travail, de mauvais traitements, la peur, la jalousie, un amour malheureux ou contrarié, le manque de douces affections qui calment le trouble produit par l'exaltation des sens, sont les causes qui, jointes à la dévotion et à l'exaltation religieuse, contribuent à développer le mal dont nous nous occupons.

Ces malades sont sujets périodiquement à de véritables attaques qui sont produites d'après eux par les esprits et les démons et qui leur causent des tourments atroces. Ils ont de l'hyperesthésie cutanée qui s'exaspère au plus petit frôlement ou à la moindre pression contre un objet quelconque, symptômes qui alternent habituellement avec l'hyperesthésie et l'analgésie. Parfois les sens participent à ces perturbations, c'est ainsi qu'on observe la perte du goût, de l'olfaction, de l'ouïe, la vue semble fatiguée et le regard est fixe. D'ordinaire les douleurs des extrémités et du tronc se montrent d'une façon intermittente et avec tous les caractères des névralgies.

Les prodromes des accès s'annoncent par un état de malaise, des douleurs dans les jambes, des bouffées de chaleur avec rougeur de la face, de l'oppression, des palpitations et des crampes accompagnées des troubles déjà décrits et d'étranges sensations internes. Ces malheureux se croient alors *possédés* et, contrairement à ce qui devrait arriver, leur dévotion redouble, et ils s'y abandonnent avec une véritable passion qui les pousse aux actes de mortification les plus extrêmes.

Puis l'on observe toujours une excitabilité très marquée de tout l'appareil moteur qui se manifeste par une vivacité très notable dans tous les mouvements, qui plus tard se changent en véritables convulsions, en crampes et contractures musculaires.

Ce sont d'habitude les muscles de la face qui en sont le siège, ce qui donne à la physionomie une expression étrange; les muscles du pharynx et du larynx sont aussi atteints, d'où le rire spasmodique, les cris, les hurlements et les gémissements les plus désespérés, au point que l'on croirait que ces malheureux sont ivres à force de pleurer, tant l'aspect de ces scènes est effrayant. Chez tous j'ai pu observer les convulsions des membres, aussi bien supérieurs qu'inférieurs, phénomène qui est le plus saillant en raison de la violence des mouvements, car ils agitent sans cesse les bras et les jambes, ouvrent et ferment les mains et frappent fortement le sol avec leurs pieds; aussi peut-on dire qu'il y a peu de muscles qui échappent aux convulsions. Il y a quelques-uns de ces individus qui ont des convulsions cloniques et

toniques qui se succèdent rapidement et s'accompagnent de perte de connaissance, de *contracture de la pupille,* de gonflement de la face qui est violacée, symptôme d'asphyxie, ainsi que de la production d'écume sanguinolente dans la bouche ; d'autres ont de vraies extases ressemblant à des attaques de catalepsie dans lesquelles les malades perdent tout sentiment et restent assez longtemps immobiles. Ce phénomène est le fait d'une véritable exaltation religieuse analogue à celle qui se produisit au moyen âge en France dans certaines sectes religieuses où elle arriva à revêtir une forme épidémique.

Les *démoniaques* ont un caractère variable, mais aiment bien attirer l'attention sur eux, car généralement leurs attaques éclatent dans un endroit où il y a beaucoup de monde ; ils ont un délire réel, qui tourne même chez quelques-uns à la forme maniaque et mélancolique, ce qui tient à ce que leur imagination troublée est constamment remplie d'idées tristes et d'images sombres. Chez d'autres les attaques sont suivies d'une tendance marquée au sommeil qui arrive rarement jusqu'à présenter l'état de mort apparente.

Les *possédés du démon* commencent alors à pousser des exclamations bruyantes devant l'autel de la sainte et arrivent, en très peu de temps, à présenter l'attaque ou le paroxysme tel que nous venons de le décrire. Ensuite le prêtre se met en devoir de pratiquer les exorcismes ou conjurations contre l'esprit malin en récitant des prières et aspergeant d'eau bénite avec son goupillon tout le corps du démoniaque. Mais la scène n'est pas encore complète ; outre ceux qui pratiquent les exorcismes par leurs prières, il y a les pèlerins de toutes les confréries qui font baiser la partie supérieure de leur bâton où se trouve incrustée une croix de fer ; à côté de ceux-ci et leur faisant une concurrence honnête, on rencontre des femmes, en général vieilles, qui appliquent des chapelets sur différentes parties du corps du patient, applications qui peuvent être considérées comme de véritables flagellations. Avant d'être soumis aux pratiques des conjurations, les patients s'attachent aux mains, en guise de sortilèges, des souliers, des sandales ou des cordes. Quand la conjuration commence et au moment où l'individu est pris de convulsions générales, on lui adresse la question suivante : combien de démons avez-vous et par quelle partie du corps voulez-vous qu'ils soient chassés ? Il répond généralement qu'il veut que ce soit par les mains et par les pieds. En raison de l'appareil théâtral que l'on apprête pour cette cérémonie ainsi que de la grande affluence de curieux qui les entourent, les patients poussent des cris et des exclamations encore plus forts qu'auparavant, leurs efforts convulsifs redoublent, et à force de frapper violemment le sol de leurs pieds, leurs chaussures s'échappent ainsi que celles qu'ils s'étaient attachées aux mains. A mesure qu'on voit un de ces objets s'échapper, on l'attribue à l'expulsion d'un démon, ce qui se fait au grand étonnement de l'assistance qui témoigne de son admiration par des contorsions et des cris qui, joints au bruit de la musique, des danses et des cantiques des pèlerins, forment une bacchanale infernale qui contribue pour une large part au développement spontané du mal chez les spectateurs.

Après un pareil exercice, ces malheurenx sont fatigués, épuisés, tout en sueur et tombent dans un état de prostration précurseur le plus souvent de la stupeur ou du sommeil. »

L'auteur conclut en disant que ces démoniaques sont de « vrais malades, atteints de cette perturbation nerveuse désignée sous le nom d'*hystérie*, névrose qui, dans ces cas, se manifeste sous les formes les plus étranges et les aspects les plus variés, qui s'accompagne même quelquefois de phénomènes relevant de l'épilepsie, de la catalepsie, et même de la folie véritable. »

Il termine en donnant quelques indications sur le traitement rationnel qu'il conviendrait d'opposer à ces accidents et sur les mesures prophylactiques à prendre pour en empêcher le développement.

TROISIÈME SECTION

CONVULSIONNAIRES

Les épidémies convulsives dans lesquelles on a voulu voir l'influence d'un principe surnaturel n'ont pas toujours été attribuées à l'action du démon. En plusieurs circonstances, elles furent mises sur le compte de l'intervention divine elle-même. Les sectes religieuses qui en étaient les victimes les considéraient alors comme une faveur spéciale de la divinité et en tiraient des preuves à l'appui de la doctrine qu'elles cherchaient à faire prévaloir.

Cette différence d'interprétation ne pouvait manquer d'amener dans la forme extérieure des accidents quelques modifications en rapport avec la croyance généralement acceptée. Mais il est bien curieux de mettre en lumière les traits communs qui relient entre elles toutes les épidémies convulsives, quelle que soit leur cause supposée; d'ailleurs les avis étaient souvent partagés et lorsqu'un parti prônait l'action divine, les adversaires ne manquaient pas d'accumuler preuve sur preuve pour démontrer au contraire l'influence du démon.

Au point de vue spécial de la grande hystérie dont le rôle en tous ces événements a été considérable, nous pouvons dire, d'une façon générale, — et en cela nous sommes d'accord avec les lois que nous avons essayé de faire ressortir dans le cours de ces *études* — que les similitudes appartiennent plus particulièrement aux phénomènes qui caractérisent la première et la deuxième période de la grande attaque (période épileptoïde et période des contorsions et grands mouvements), pendant que les différences existent surtout dans les modifications que peuvent, suivant les circonstances, subir la troisième et la quatrième période, c'est-à-dire les phénomènes d'hallucination et de délire.

CONVULSIONNAIRES DE SAINT-MÉDARD, 1731

Les événements qui se rattachent à l'histoire des convulsionnaires de Saint-Médard peuvent se diviser en trois époques.

1[re] *époque*. — François de Pâris, diacre de l'Église de Paris, défenseur des doctrines jansénistes, meurt en odeur de sainteté et est enterré le 2 mai 1727 dans le petit cimetière de Saint-Médard. Bientôt des miracles[1] s'opèrent sur sa tombe et aux yeux des *appelans* décident en faveur de la doctrine Janséniste. Ces miracles soulevèrent l'incrédulité générale qui se « déchaîna, dit un auteur du temps, dès le commencement, de vive voix, et par un grand nombre d'écrits de toute espèce, sérieux, raisonnés, satiriques, burlesques, comiques. Les miracles du saint Janséniste furent condamnés par des mandements, anathématisés en chaire et joués sur le théâtre... En un mot, jusqu'à présent la

1. Le premier miracle est du mois de septembre 1727.

légende des miracles de l'abbé de Pâris n'a trouvé de crédit que dans le parti Janséniste, malgré toutes les démonstrations que les *convulsionnaires* et leurs défenseurs ont donné de leur authenticité[1] ». Pendant cette première période il n'est aucunement question de convulsions.

2e *époque*. — Jusque vers la fin d'août 1731, les miracles des guérisons s'étaient faits au cimetière de Saint-Médard avec assez de simplicité. Les malades faisaient des neuvaines et imploraient l'intercession du saint diacre en s'étendant sur son tombeau et en baisant même la terre qui l'environnait. Mais dans le mois d'août 1731, les convulsions apparaissent, et, suivant l'expression des fervents, « Dieu changea ses voyes et celles dont il se servit alors pour la guérison des malades fut de les faire passer par des douleurs très vives et des convulsions très extraordinaires et très violentes ». Dans les récits qui ont été laissés de ces miracles et des convulsions qui les accompagnaient, il est aisé de reconnaître le rôle important que jouait la grande hystérie. Mais l'épidémie n'existait pas encore avec les caractères qu'elle devait revêtir plus tard. Peu à peu, les convulsions devinrent plus fréquentes, et la foule des convulsionnaires si considérable, que la cour s'émut des conséquences qui pouvaient résulter de semblables désordres. On publia le 27 janvier 1732 une ordonnance du roi *pour fermer la porte du petit cimetière de la paroisse de Saint-Médard... avec défense de l'ouvrir sinon pour cause d'inhumation*. En même temps, on fit enlever et conduire à la Bastille, à Bicêtre, dans beaucoup d'autres lieux de dépôt, les convulsionnaires les plus renommés.

3e *époque*. — C'est alors que l'épidémie est définitivement constituée. Les moyens de répression n'ont été pour les convulsionnaires qu'une excitation nouvelle. « A peine eut-on interdit l'entrée du saint lieu que Dieu paraissait avoir choisi pour y opérer ses prodiges, dit Carré de Montgeron, qu'il les multiplia plus que jamais. Un peu de terre recueillie auprès de l'illustre tombeau fit éclater les plus merveilleuses guérisons dans tous les quartiers de Paris et jusque dans les provinces. Des convulsions bien plus surprenantes que toutes celles qui avaient paru jusqu'alors prirent tout à coup une multitude de personnes. »

Aux convulsions, on vit alors se joindre les prédictions, les discours, les exhortations, les prières, les descriptions pathétiques, la prétention d'opérer des miracles et de parler des langues inusitées, les impulsions aux actes extravagants, enfin les différents phénomènes du délire hystérique et de l'extase, joints aux manifestations variées de la monomanie religieuse[2].

Poursuivis par l'autorité royale, les convulsionnaires tinrent des réunions

1. *Cérémonies et coutumes religieuses de tous les peuples du monde*, Bernard Picard, t. IV, p. 182. Amsterdam, 1736.

2. « Dès qu'on commença à persécuter les convulsionnaires, les convulsions se multiplièrent plus que jamais; elles prirent de tous côtés un grand nombre de personnes qui n'avaient point de maladie, et Dieu les accompagna de différents dons et les illustra par quantité de prodiges. Entre autres il ouvrit la bouche à une multitude d'enfants et de personnes simples et ignorantes : il leur fit faire journellement des discours d'une grande beauté, il leur fit développer le poison renfermé dans la bulle, déplorer les maux de l'Église, annoncer que sa jeunesse serait bientôt renouvelée comme celle de l'aigle par la venue du prophète Élie et faire plusieurs autres prodiges. (Carré de Montgeron, *loc. cit.*, t. I, 3e partie, *Idées des mouvements convulsifs*, p. 4.)

clandestines, et l'épidémie ne s'éteignit que lentement; elle n'avait pas complètement cessé en 1741.

Le curieux livre de Carré de Montgeron dans lequel il expose avec tant de soin l'histoire de la maladie et de la guérison de quelques-uns des miraculés, devient pour nous comme un recueil d'observations médicales qui, par la précision des détails, nous permet de reconnaître la véritable nature des accidents morbides dont il est parlé.

J'en citerai quelques exemples dans lesquels la présence de l'hystérie ne saurait être révoquée en doute.

En 1726, Marguerite Françoise Duchêne[1], alors âgée de vingt et un ans, reçoit sur la tête une planche garnie de fer. Demeure deux heures évanouie.

Le 4 octobre 1727, elle tombe du haut en bas d'un escalier. Cette chute est suivie d'un vomissement de sang.

En mai 1728, deuxième chute. « Étant montée pour détendre la toile cirée qui sert de couverture à l'échoppe où elle étale... le pied lui glisse, elle tombe sur l'appui de sa boutique..., ce qui la fait évanouir. Revenue à elle-même... elle remonte pour continuer à défaire la toile... elle retombe une seconde fois..., elle rend aussitôt le sang par la bouche avec une affreuse abondance; et un moment après, elle demeure plus d'une heure en syncope. » La médecine ne lui apporte comme soulagement que le bénéfice de vingt-six saignées! On observe alors des assoupissements léthargiques, des étouffements, des accès de toux âcre suivis de vomissements de sang et l'impossibilité de prendre aucune nourriture.

Quinze jours après, troisième chute dans des circonstances analogues à la précédente, à la suite de laquelle son état s'aggrave.

Vers Pâques 1730, un médecin qui entreprend de la guérir va jusqu'à lui faire quatre saignées en vingt-quatre heures. L'effet d'un tel traitement se fait bientôt sentir, elle est en peu de temps réduite à la dernière extrémité; les vomissements de sang continuent, elle ne peut rien prendre. On essaie de lui faire prendre du bouillon en lavement; « mais ce moyen comme tous les autres ne tarde pas à devenir impraticable ».

Les tentatives pour lui faire prendre quelque nourriture avaient pour effet « de la jeter dans des mouvements convulsifs si violents qu'on avait bien de la peine à la tenir, et ces agitations ne cessaient que par un vomissement de sang clair tirant sur le violet et extrêmement écumeux. »

Le même état se prolonge.

En 1731, apparaissent « des attaques d'apoplexie qui revenaient régulièrement tous les mois et quelquefois plus souvent et dans lesquelles elle paraissait goûter à longs traits toutes les horreurs de la mort sans cependant pouvoir mourir. »

Malgré ces symptômes alarmants, il y avait des intervalles de sept à huit jours pendant lesquels la malade semblait reprendre un peu de force et pouvait même se lever.

Un jour, pendant que ceux qui l'assistaient s'attendaient d'un moment à l'autre à la voir trépasser, « tout à coup revenant comme d'un profond sommeil et reprenant un peu ses esprits, elle dit d'une voix faible et entrecoupée : *je suis bien basse mais je n'en mourrai point*. Ayant prononcé ces mots, elle retombe en agonie, et malgré cela, le matin elle revient à elle et a même assez de force pour se lever et pour sortir. »

Vers le mois de mai « attaque d'apoplexie dont les symptômes sont si terribles qu'elle semble expirer à chaque instant », suivie d'une léthargie de sept à huit jours.

1. Carré de Montgeron, *loc. cit.*, t. I.

L'œdème des membres qui existait depuis quelque temps déjà, se prononce du côté gauche... « dès lors il ne reste plus *ni mouvement, ni sentiment* dans le bras de ce côté (gauche) : dès lors, une *insensibilité entière* dans la jambe, dont elle ne peut presque se servir, dès lors une extinction de voix presque totale; dès lors enfin ce n'est plus qu'un enchaînement de faiblesses léthargiques qui se succèdent sans cesse, pendant lesquelles elle reste quelquefois des dix jours de suite aveugle, sourde et muette. »

Vers la fin de mai, l'ouïe et la vue lui furent rendues, « mais il n'en fut pas de même de la voix qui resta presque entièrement éteinte jusqu'à sa guérison ».

En juin, mêmes accidents.

Accès de léthargie du 8 au 14 juillet à la suite duquel elle se rend au salut à l'église des Cordeliers. « Dans le moment de la bénédiction, Dieu lui fait connaître sa volonté : elle entend intérieurement une voix qui lui commande de se faire conduire au tombeau de M. de Pâris, et qui l'assure que, par l'intercession de ce saint diacre, elle sera guérie. » Elle tombe ensuite en attaque, on est obligé de la rapporter chez sa mère.

Le 15 juillet, nouvelle attaque à la suite d'un « prodigieux » vomissement de sang.

Le 16 juillet, la malade se fait porter au tombeau du diacre Pâris, elle y est prise de violentes convulsions. La même scène se répète cinq jours de suite, puis elle est complètement guérie. Chacun des accidents dont elle souffrait a cédé successivement à la suite de chacune des attaques convulsives qui ont eu lieu sur le tombeau.

Les détails circonstanciés dans lesquels entre Carré de Montgeron, au sujet des divers symptômes de la maladie et relativement aux accidents convulsifs dont fut saisie la malade au cimetière Saint-Médard, nous permettent de préciser les principaux caractères des accès léthargiques et des attaques de convulsion.

Il est facile d'y reconnaître les traits de diverses variétés d'attaques hystériques.

Les attaques de léthargie étaient précédées d'une phase épileptoïde bien marquée et qualifiée, dans le récit de Montgeron, du nom d'*apoplexie*. Elles étaient de plus accompagnées de quelques phénomènes épileptoïdes qui se montraient de temps à autres pendant tout le temps de leur durée.

« La mère de la malade nous décrit plusieurs de ses attaques. Il y avait déjà plus de six mois, dit-elle, que tous les quinze ou vingt jours elle tombait dans des attaques d'apoplexie... Dans le mois de juin, elle en eut plusieurs et fut la plus grande partie de ce mois en léthargie : des voisins vinrent plusieurs fois dans ce mois pour l'ensevelir; mais les deux plus violentes attaques qu'elle essuya furent le 8 et le 15 juillet, veille de sa guérison. Lors de ces attaques, *son visage devenait violet, sa gorge s'enflait, sa langue s'épaississait, sa bouche tournait, ses lèvres devenaient bleuâtres*, et le sang lui sortait par les ongles de la main gauche et l'angle des deux yeux; après quoi elle restait souvent plusieurs jours dans une faiblesse léthargique pendant laquelle elle paraissait morte, n'ayant aucun sentiment et ne faisant aucun mouvement que *quelques tressaillements* de temps en temps que lui donnait son frisson, dans le temps qu'il prenait, ayant les yeux fermés, le nez ridé et retiré vers le front, et le visage et les lèvres d'une pâleur verdâtre, et quelquefois après ses faiblesses elle restait encore plusieurs jours aveugle, sourde et muette. On lui a souvent pendant ses faiblesses léthargiques jeté le drap sur le visage, la croyant morte. »

Le 16 juillet au moment du départ pour le tombeau du bienheureux, Marguerite Duchesne est prise d'une attaque qui se termine par des vomissements de sang et qui offre plusieurs traits de l'attaque épileptoïde.

« Le 16 juillet, jour du départ, il arriva un événement... Tout d'un coup ma fille devint d'une pâleur mortelle, une sueur froide lui couvrit le visage, *sa gorge enfla prodigieusement, sa langue sortit de sa bouche de quatre pouces de long toute violette*, elle parut souffrir les plus vives douleurs, *ses bras se raidirent*, et

elle fit de violents efforts qui aboutirent à lui faire vomir une espèce de sang extrêmement liquide et mêlé d'eau... Pendant ces vomissements qui durèrent près d'une demi-heure, son visage, qui d'abord avait été si pâle, devint d'un violet plombé, et ses lèvres, qui d'abord étaient éteintes, s'enflèrent et prirent une couleur encore plus foncée que son visage; mais aussitôt que ce vomissement eut cessé, ma fille reprit un peu ses esprits et sa force. »

Dans les convulsions qui se déclarent le même jour, pendant qu'elle est placée sur le marbre même du tombeau, on peut retrouver les signes des deux premières périodes de l'attaque de grande hystérie.

« Sur-le-champ, la tombe se vide, on la met dessus... à peine un quart d'heure de silence et de calme a succédé à ses premières émotions, que les yeux égarés de la mourante tombent dans les ténèbres de la nuit, la pâleur se répand sur son visage, l'*inflexibilité* saisit ses membres, le froid s'empare de son corps...

» Bientôt... tous les membres paralytiques de notre agonisante s'agitent avec tant de violence qu'on a peine à les retenir. On entend craquer ses os; une agitation effroyable remue son estomac, sa poitrine et ses entrailles avec un bruit tout à fait extraordinaire : sa bouche, d'où il ne pouvait depuis longtemps sortir un son, pousse des cris aigus et lamentables, qui percent le cœur des assistants. »

La seconde période est indiquée encore avec plus de force un peu plus loin :

« ...... A peine eut-elle resté un quart d'heure sur le tombeau..., il lui prit, tout d'un coup des agitations d'une violence si extrême que plusieurs personnes avaient de la peine à la retenir...; dans ce moment... son visage devint d'un violet noir, *il enfla par bosses* et se retira vers le front, sa bouche se tourna, ses yeux parurent tout égarés, *tous ses membres se raidirent d'une force épouvantable;* tout son corps et même son bras et sa jambe paralytiques s'agitèrent avec tant de violence qu'on ne pouvait la retenir. On entendit craquer ses os avec un bruit qui étonnait tout le monde et l'on voyait que sa poitrine, son estomac et toutes ses entrailles faisaient un bruit extraordinaire et étaient dans une agitation effroyable. Elle, qui auparavant ne pouvait faire entendre ses paroles, se mit à jeter des cris épouvantables et l'on vit un air de souffrance peint sur son visage et dans tous ses mouvements, qui me faisaient une peine extrême; *mais, au surplus, il était évident qu'elle n'avait pas de connaissance...* Après ces agitations notre agonisante resta sans mouvements pendant près d'une heure ayant tout l'air d'une personne morte; mais elle reprit ensuite ses esprits... »

Ce jour là, elle fut guérie de ses vomissements de sang, et de retour chez elle put manger.

Une autre attaque semblable aux précédentes a lieu dans les mêmes circonstances (sur le tombeau) le 17 juillet. Elle est décrite à peu près dans les mêmes termes.

« ... Elle faisait des cris si affreux que plusieurs personnes disaient qu'elle tombait du haut mal et d'autres qu'elle était possédée... A la vérité, elle était épouvantable... Après qu'elle eut été une demi-heure sur le tombeau on la porta dans le grand cimetière où elle resta encore assez longtemps sans connaissance et ensuite elle revint à elle comme si elle sortait d'un songe. »

A la suite des convulsions de ce jour elle recouvra la voix.

Les jours suivants les convulsions se répétèrent avec les mêmes caractères; le 18 elle fut guérie d'une violente douleur *au côté gauche* dont elle souffrait depuis le début de sa maladie. « Effectivement, dit Jean-Baptiste Duchêne, le soir on ôta la chaise et les oreillers avec lesquels elle se tenait assise dans son lit depuis plus de quatre ans, et elle se trouva en état de coucher dans son lit comme une autre personne. »

Le 19 juillet l'œdème disparut.

Enfin le 20 juillet, guérit la paralysie du côté gauche.

« La dame Cornet nous apprend que le 20 juillet, elle et son mari qui étaient ravis

d'admiration de voir les miracles que Dieu opérait tous les jours sur la demoiselle Duchêne, résolurent de ne plus la quitter tant qu'elle irait à Saint-Médard, et de l'accompagner tant en allant qu'en revenant; que ce jour là, sa mère et la dame Cornet furent encore plus de deux heures en chemin pour la conduire jusqu'à Saint-Médard, parce qu'elle ne *pouvait encore se soutenir sur son pied gauche, ni le lever de terre, et qu'elle le laissait traîner sur le pavé après elle.* »

« Lorsqu'elle fut ce jour-là sur le tombeau, dit la mère, son bras et sa jambe gauches s'agitèrent avec plus de force que jamais. On voyait les nerfs et les veines remuer sous la peau avec une agitation prodigieuse; et on entendait craquer ses os et ses nerfs avec un si grand bruit, et ses mouvements étaient si violents que les personnes qui la tenaient ne pouvaient arrêter la force des secousses qu'elle donnait avec ce bras et cette jambe. »

Nous apprenons plus loin cet autre détail intéressant que depuis la première chute, c'est-à-dire depuis l'époque où se sont montrés les vomissements de sang, les règles avaient été complètement supprimées.

Je pense qu'il est inutile d'insister davantage sur le cas de Marguerite Duchêne; en voilà assez pour montrer qu'il s'agissait ici d'un cas d'hystérie grave dont les manifestations variées ont disparu successivement sous l'influence d'une vive impression morale et à la suite d'attaques convulsives nettement caractérisées.

Le cas de la demoiselle Hardouin[1] n'est pas moins probant. Il montre que les attaques se succédaient quelques fois par séries.

« Je fus transportée dans le cimetière et sur la tombe de M. de Pâris, où je restai environ une demi-heure; trois hommes m'y posèrent. Pendant que j'y fus j'éprouvais des douleurs affreuses et des mouvements si violents que les assistants crurent que je tombais du haut mal... (Elle est tombée, dit un des assistants, en des convulsions qui lui causaient un *tremblement* et un *raidissement* dans les bras et dans les jambes.) Je fus retirée de dessus le tombeau sans aucun soulagement sensible pour la première fois. Je fis signe qu'on me transportât dans l'église. Dès que j'y fus la violence des mouvements recommença, cependant l'usage de ma langue me fut rendu... Une personne voulut qu'on me reportât sur le tombeau; il me reprit des convulsions encore plus violentes qu'auparavant, mais elles furent suivies, sur le tombeau même, de repos et d'une tranquillité bien grande. »

Cette demoiselle Hardoin était « affligée de paralysie sur les jambes depuis six ans, et depuis deux sur le reste du côté gauche ; et enfin percluse de tout le corps excepté de la main droite; attaquée depuis plusieurs années de fréquentes apoplexies, dont les rechutes périodiques accéléraient sans cesse le progrès de la paralysie ; privée de l'usage de la parole ». Elle fut guérie sur le tombeau de M. de Pâris, le 2 août 1731.

La demoiselle Fourcroy, qui fut guérie d'une contracture du pied gauche, fut prise de convulsions dans les circonstances suivantes qu'elle rapporte elle même :

1. Carré de Montgeron, *La vérité des miracles, etc.*, in-4°, 1737, t. I.

« ... Vers le milieu de décembre 1731, dit la fille Fourcroy[1], je voulus me faire conduire au tombeau de Pâris pour y faire mon action de grâce. Etant entrée dans le cimetière de Saint-Médard... je fus frappée d'épouvante des cris de douleur et des espèces de hurlements que j'entendis faire à des convulsionnaires dans le cimetière et sous le charnier, et je pensai m'en aller sans approcher de la tombe du diacre ; mais la personne qui m'accompagnait m'ayant encouragée, je fus m'asseoir dessus... Après y avoir resté environ un quart d'heure en prière, il me prit des mouvements qui firent dire à tous ceux qui étaient auprès de moi que les convulsions m'allaient prendre. A ce mot de convulsions me rappelant les cris que j'avais entendus sous le charnier, en arrivant, je fus saisie de crainte et si vivement que je donnai de l'argent au suisse pour me faire passage et retirer ; et cette appréhension d'avoir des mouvements convulsifs me donna des forces qui ne m'étaient pas ordinaires pour sortir au plus vite du cimetière... Néanmoins, le 20 mars 1732, au soir, me sentant prête à rendre l'âme, la peur de la mort que je voyais si proche l'emporta enfin sur la crainte des convulsions, et je priai qu'on m'allât chercher de la terre du tombeau de M. Pâris, pour en mettre dans le vin dont, de temps en temps, l'on me faisait avaler quelques gouttes. Le 21 à midi l'on me fit prendre du vin où l'on avait mis de la terre et je me mis en prière pour commencer une neuvaine. Presque dans le moment il me prit un grand frisson et peu après une grande agitation dans tous les membres, qui me faisait élancer tout le corps en l'air et me donnait une force que je ne m'étais jamais sentie, si bien que plusieurs personnes réunies avaient de la peine à me contenir. Dans le cours de ces mouvements violents qui étaient de véritables convulsions, je perdis connaissance. Aussitôt qu'ils furent passés et que j'eus repris mes sens, je me sentis une tranquillité et une paix intérieure que je n'avais jamais éprouvées et que j'aurais bien de la peine à décrire, quoique je l'aie ressentie très souvent depuis à la suite de mes convulsions. »

La nature hystérique de semblables attaques couvulsives ne saurait échapper. Les grands mouvements de la deuxième période en font les frais. Nous trouvons dans la suite de l'histoire de cette malade de nouveaux détails intéressants au sujet de la forme des convulsions. On peut reconnaître après la phase épileptoïde la description des grands mouvements rhythmiques.

Dans un rapport fait, le 2 avril 1732, par le sieur de Manteville, ancien démonstrateur en anatomie et prévost des chirurgiens, on lit ce qui suit :

« ... Nous certifions d'abondant qu'en notre présence la demoiselle Fourcroy ci-dessus nommée a été considérablement agitée de mouvements convulsifs qui ont commencé par des bâillements et un tremblement universel : ses yeux se sont *tournés en sorte que l'on n'en voyait que le blanc*, les muscles oblique et releveur des yeux étant en contraction : *le corps s'est agité avec violence*, se pliant et se repliant dans tous les sens aussi bien que les extrémités, se roulant de toutes les façons sur le lit, sur lequel elle ne pouvait qu'avec beaucoup de peine être retenue par trois ou quatre personnes assez fortes. *Pendant quelques intervalles la jambe gauche et les deux bras ont frappé violemment et avec précipitation sur le lit où elle était étendue*. Tous ces mouvements différents ont duré environ un bon quart d'heure, pendant lequel temps elle nous a paru sans connaissance : puis ladite demoiselle Fourcroy est rentrée subitement dans le repos et dans son état naturel. Environ un demi-quart d'heure après, elle est retombée en notre présence dans les mêmes mouvements convulsifs qui nous ont été annoncés par un pouls convulsif et qui a totalement manqué un instant avant d'y retomber. Ces dernières agitations

1. *Ibid.*, t. II.

ont duré environ autant de temps que les premières; il ne nous a pas été possible de toucher le pouls pendant ces grands mouvements. Après qu'ils ont été passés, il s'est élevé et est devenu bien plus fréquent avec un grand battement de cœur... »

Cette malade était atteinte depuis quinze mois d'une affection du pied gauche que Carré de Montgeron caractérise ainsi : « Une ankylose, dont l'humeur corrosive et brûlante avait depuis plus d'un an racorni, retiré et desséché le tendon d'Achille du pied gauche; avait fait remonter le talon beaucoup plus haut qu'il ne devait être; avait renversé le pied quasi sens dessus dessous; en avait gonflé et contourné les os; et en cet état les avait soudés à ceux de la jambe, ce qui rendait ce pied d'une difformité hideuse, et en avait fait perdre l'usage à la demoiselle Fourcroy. »

Cinq chirurgiens alors célèbres appelés en consultation ne comprirent rien à cette singulière affection, et déclarèrent que le pied était atteint d'une ankylose absolument incurable.

Il ne nous paraît pas difficile aujourd'hui d'établir un diagnostic rétrospectif exact. Les descriptions du mal sont complétées par un dessin qui en dit plus que tout le reste, et auquel il est impossible de ne pas reconnaître le *pied-bot hystérique*[1].

La demoiselle Fourcroy était donc atteinte d'une contracture hystérique du pied gauche.

La demoiselle Fourcroy (dit la demoiselle Lamaque) avait le pied gauche ankylosé, sens dessus dessous... Je l'examinai avec d'autant plus d'attention que, comme sa jambe gauche s'agitait avec une extrême force dans les convulsions qui lui prenaient tous les jours, cela lui faisait espérer que Dieu la guérirait de l'incommodité qu'elle avait à ce pied. J'ai été plusieurs fois témoin de ces convulsions: elles commençaient par un tremblement universel dans tout son corps : après quoi elle était involontairement dans de si violentes agitations, que quatre personnes avaient bien de la peine à la retenir. Dans ces agitations, elle cognait sa jambe gauche avec tant de force qu'elle aurait dû naturellement se la casser plusieurs fois. »

La contracture guérit subitement pendant une attaque.

Le 14 avril, vers les sept heures du soir (ajoute la demoiselle de Lamaque) la demoiselle Fourcroy étant dans le fort de sa convulsion et paraissant évidemment sans connaissance se déchaussa... prit son pied gauche... de la main droite... et se mit à le remuer... Aussitôt ce pied, qni avait été si longtemps immobile, s'agita de droite à gauche, et de gauche à droite avec une rapidité tout à fait extraordinaire, et qu'il ne serait pas possible à qui que ce soit d'imiter.

Une autre malade, la femme Geoffroy, en outre des grands accès pendant lesquels elle perdait connaissance, éprouvait parfois des accidents convulsifs qui se rapprochent des soubresauts, des secousses dont nous avons parlé et même de la chorée rhythmique.

La femme Geoffroy, cherchant à exprimer ce qui se passait en elle pendant ses accès hystériques, affirmait que toujours ses convulsions commençaient au tombeau de Pâris, par un engourdissement des nerfs, suivi par un tremblement de tous les membres. « Les mouvements convulsifs que j'ai eus, sans perdre connaissance,

1. Nous donnons plus loin une reproduction de cette estampe.

raconte cette malade, m'obligeaient à battre des pieds la terre, les carreaux ou le marbre du tombeau. Je n'aurais pas pu empêcher ces mouvements. Quelquefois, la tête me branlait et tournait assez longtemps; quelquefois mes bras se raidissaient avec une extrême force. D'autres fois, je les agitais de tous côtés, et souvent mon corps se tournait et retournait comme sur un pivot... Les personnes qui me tenaient étaient obligées de suivre les mouvements de la convulsion... Les douleurs que je souffrais étaient au delà de ce que je puis exprimer; elles me faisaient crier tantôt d'une voix aiguë, tantôt d'une voix plaintive... Il est arrivé quelquefois, la tombe étant couverte de malades lorsque je m'y présentais et n'y pouvant trouver place, qu'on m'a mise dessous, en me tenant par le milieu du corps avec une ceinture. Comme j'étais alors très gênée et dans un lieu trop étroit pour qu'on puisse suivre le mouvement de mes convulsions, je souffrais plus qu'à l'ordinaire parce que mes genoux battaient le dessous du marbre avec violence... Les mêmes mouvements se passaient à la maison avec cette différence qu'ils n'étaient pas si intenses. Lorsque j'étais seule dans ma chambre, je me couchais par terre et je m'éloignais du feu, de crainte d'accidents, aussitôt que je sentais l'engourdissement qui précédait les convulsions, et c'est ainsi que souvent je les ai éprouvées seule, sans le secours de personne...

« L'on m'a assuré que dans le cours de l'accès où je perdais connaissance, mes yeux se renversaient, et que tous les mouvements dont j'ai parlé ci-dessus avaient beaucoup plus de violence. Je sentais toujours quelque soulagement après les convulsions et ce soulagement était d'autant plus grand que les secousses avaient été plus marquées[1]. »

Les attaques pendant lesquelles la connaissance était conservée s'accompagnaient parfois de douleurs affreuses semblables à celles que j'ai signalées en particulier chez Ler..., Marc..., et Gen....

» Le jour de la Saint-Marcel, dit la fille Bridan, je crus devoir faire effort pour approcher du tombeau, ce que je n'avais pu faire depuis ma première neuvaine, à cause de la grande foule. Je me penchai la tête sur la tombe pendant un quart d'heure pour y faire ma prière... Dans le moment, le tremblement me prit, je ne pus me relever; on fut obligé de me prendre à deux. sous les bras, pour m'asseoir sur une chaise où je perdis la connaissance. Revenue à moi-même, il me prit des convulsions si terribles qu'il fallut trois ou quatre personnes pour me tenir... J'ai continué pendant vingt-deux jours à me mettre tous les jours sur la tombe, et chaque fois j'éprouvais les mêmes convulsions que la première, souvent même plus grandes et en plus grand nombre. Dans le fort de la convulsion, je perdais la connaissance qui me revenait après la convulsion passée. Je les ai éprouvées aussi à la maison toutes les fois que je buvais de l'eau où l'on avait détrempé la terre du tombeau de M. de Pâris, avec cette différence qu'elles n'étaient pas si violentes, qu'elles ne me faisaient pas perdre la connaissance... J'éprouvais de grandes douleurs lorsqu'elles me laissaient la connaissance; mais presque aussitôt que ces convulsions étaient cessées, mes douleurs cessaient aussi... *Tantôt il me semblait qu'on me déchirait les jambes, d'autres fois qu'on m'ouvrait la tête, il me semblait quelquefois qu'on me tirait les bras à quatre chevaux*[2]... »

Dans les faits que nous avons rapportés jusqu'ici, nous avons pu constater que les attaques convulsives empruntaient toutes leurs manifestations à

1. Carré de Montgeron, t. III, p. 57 (cité par L. F. Calmeil, *loc. cit.*, t. II, p. 319).
2. Lataste, *Lettres théologiques*, etc,, t. II, p. 1272 (cité par Calmeil, *loc. cit.*, t. II, p. 320).

la première période et principalement à la deuxième période de la grande attaque hystérique telle que nous l'avons décrite.

Avec l'extension de l'épidémie on vit s'adjoindre aux attaques de convulsion les phénomènes hallucinatoires et délirants de la troisième et la quatrième période de la grande attaque.

J'emprunte à Calmeil [1] le récit abrégé de l'observation suivante; on y trouvera jointes à des convulsions d'une violence extrême des phases de délire furieux ou obscène, des accès d'extase et de léthargie avec trismus, une vive excitation génésique, des hallucinations nocturnes, etc. Cette observation est également remarquable par les secousses partielles ou générales qui marquent le début des accidents, et par la longueur de l'état de mal, qui ne dura pas moins de quatre jours.

Le 20 de septembre 1734, la veuve Thévenet, espérant se débarrasser d'une surdité incomplète, se décida à boire et but de l'eau tenant en suspension quelques molécules terreuses provenant de la fosse de Pâris; le même jour elle se servit, pour humecter son oreille, d'un linge imprégné de cette même eau, et commença une neuvaine en l'honneur du feu diacre.

Le 21 de septembre, elle se sentit frappée de terreur à la vue de trois livres de prières qui lui furent apportés par une convulsionnaire.

Le 29, elle entreprend une seconde neuvaine en invoquant Pâris: les nuits suivantes, elle se sent agitée, émue, en proie à un saisissement et à une frayeur extraordinaires.

Le 1er octobre les dispositions nerveuses sont plus inquiétantes; des tremblements se joignent à l'anxiété morale; la malade annonce qu'il se passe en elle des choses qui lui semblent tout à fait étranges.

Le 2 octobre, pendant une messe à laquelle elle assiste, elle perçoit dans toute son organisation une perturbation indéfinissable qui l'oblige à sortir dans le jardin où sa tête commence à être secouée sans la participation de sa volonté. Aussitôt qu'on l'a ramenée dans son appartement, elle se met à faire malgré elle des violents mouvements des bras, des jambes, de toutes les parties qui sont susceptibles de mobilité, et se porte de rudes coups de poing sur les cuisses. Une femme qui cherche à la contenir est tellement impressionnée à la vue de ce spectacle qu'elle éprouve pour son compte un long frisson nerveux. Un frère de la veuve Thévenet, chanoine à Corbeil, s'épuise en efforts superflus pour empêcher sa sœur de se frapper; la figure de la malade devient vultueuse, ses yeux se tournent, elle répète qu'elle a le bonheur d'être convulsionnaire, qu'il faut remercier Dieu de cette faveur, et les coups qu'elle se porte se succèdent avec rapidité.

Dans certains moments, elle fait des sauts violents, comme pour s'élever jusqu'au plafond; le désordre de ses vêtements prouve qu'elle méconnaît tous les sentiments de la pudeur; les mots qu'elle prononce avec rapidité sont inintelligibles et n'appartiennent à aucune langue connue.

On tente de lui faire prendre quelques aliments; elle cède au besoin de parler, de s'agiter, fait mille contorsions ridicules, interpelle d'une manière familière ses voisins et ses proches, leur frappe sur les membres, les regarde d'un air égaré, recommence à leur porter de légers coups, et continue à donner tous les signes d'une exaltation cérébrale alarmante.

On se décide à la faire mettre dans son lit; elle se prend à réciter des prières qui sont très en renom parmi les convulsionnaires de Saint-Médard, et tombe dans des attaques convulsives qui font croire à ses familiers qu'elle s'élève en l'air tout d'un bond avec ses couvertures.

1. *Loc. cit.*, t. II, p. 324 et suiv.

Sur les cinq heures du même soir, Manon, convulsionnaire servante des convulsionnaires Girard et Plessel, arriva chez la demoisselle Thévenet, et elles s'embrassèrent avec de grands cris de joie... Manon se mettant à genoux, récita une oraison à Pâris... pendant lequel temps la dame Thévenet devint encore plus furieuse; elle sortit du lit et se mit à sauter s'élevant à peu près jusqu'à la hauteur du plancher. Après quoi, elle fit des convulsions de tête et des bras; et ses mamelles, sortant de son corps tournaient d'elles-mêmes et s'entortillaient comme si quelqu'un les eût tordues avec la main; ce qui était accompagnée de mouvements indécents qui lui faisaient dire qu'elle souffrait des douleurs plus aiguës que si elle mettait un enfant au monde[1].

La convulsionnaire Plessel, ayant réclamé la faveur de passer la nuit auprès de la veuve Thévenet, ces deux filles passèrent toute la soirée à parler, à sauter, à prêcher, à faire des actes de la dernière indécence.

Vers une heure après midi, la servante entendant toujours des hurlements dans la chambre des convulsionnaires, se leva, alla au jardin, monta sur une élévation d'où l'on aperçoit aisément ce qui se passe dans la chambre. Les volets étant ouverts et la fenêtre n'étant point couverte du rideau, elle les vit toutes deux nues et sans chemises, qui riaient et jetaient leurs bonnets de côté et d'autre[2]...

Le 3 octobre, à sept heures du matin, lorsqu'on entra dans l'appartement de la veuve Thévenet, « on la trouva dans ses agitations ordinaires, faisant toutes sortes de mouvements indécents, disant qu'il n'y avait aucune partie de son corps qui ne fût agitée : tantôt c'étaient les mamelles, tantôt les yeux, tantôt la bouche; disant qu'elle avait encore ailleurs ces mêmes agitations; ce qu'elle marquait par des mouvements extérieurs qu'elle faisait et qui causaient de l'horreur... Cela ne vient point de moi, ajouta-t-elle, je ne suis point maîtresse de ce que je fais et de ce que je sens. De temps en temps, elle prenait la main de la Charpentier pour lui faire voir la force de son bras, dont l'agitation était si extraordinaire que cette femme ne pouvait l'arrêter[3]. »

Pendant le cours de cette même matinée, « elle continua ses contorsions et ses mouvements, frappant toujours avec ses mains sur ses mamelles et les parties secrètes de son corps, en disant qu'il fallait mortifier la chair... Pendant toute cette journée, elle sentit en elle-même de grands feux et elle but beaucoup. Elle s'écriait même quelquefois avec force qu'elle brûlait au dedans, et les demoiselles Plessel et Bernard répondaient d'abord que c'était l'amour de Dieu qui la brûlait... »

Pendant la nuit du 3 au 4 octobre, l'on crut que la veuve Thévenet allait expirer. Pendant près de quatre heures, elle reste sans mouvement, les dents serrées, le visage et les mains glacés, sans qu'on pût distinguer le souffle respiratoire; au sortir de cette extase, elle éprouva des mouvements convulsifs.

Le 4 octobre, craignant elle-même une fin prochaine, elle supplia le chanoine Mariette, son frère, de la confesser pendant qu'on irait chercher son confesseur habituel. A peine eut-elle commencé à accuser ses péchés, que les convulsions devinrent plus intenses, qu'elle perdit l'usage de la parole et qu'on crut qu'elle avait cessé d'exister. En revenant à la connaissance, elle s'écria qu'elle était une bienheureuse, une convulsionnaire, une prédestinée! Son directeur de conscience, qui avait eu le temps d'arriver auprès d'elle, lui adressa quelques paroles pieuses. « Elle entra dans des agitations si horribles qu'il en fut effrayé. Il la vit se donner des coups de poings sur les différentes parties du corps, même sur les plus secrètes, et sauter de son lit de plus de trois pieds de haut. » Le prêtre ayant dit à dessein que c'étaient là des mystères de Satan, la veuve Thévenet tomba dans les attaques

1. Dom Lataste, *Lettres théologiques, etc.*, t. I, p. 649.
2. *Ibid.*
3. Dom Lataste, t. I, p. 651.
4. *Ibid.* p. 652.

convulsives les plus terribles. On vit aussitôt une autre convulsionnaire, qui se trouvait présente, branler la tête, les mains, les jambes et tout le corps, comme si ces parties eussent appartenu à un pantin...

Vers le milieu du jour, la veuve Thévenet présenta tous les signes de l'extase ; pendant ce nouvel état, elle récite les propositions du livre de Quesnel, et disserte sur la *grâce triomphante* qui fermente dans son cœur. Le soir, elle consent à remettre à son frère un *manuel* de piété dont la lecture provoque aussitôt le retour des paroxysmes convulsifs, et la nuit du 4 au 5 est exempte d'agitation.

Le mardi, 5 octobre, dès le matin, le chanoine Mariette, son frère, lui ayant fait des représentations sur l'état affreux dans lequel elle était depuis plusieurs jours, elle se rendit totalement, et ne demanda plus que son confesseur ordinaire, disant qu'autant elle l'avait eu en horreur, autant elle désirait le voir. Il vint : dès qu'il fut présent, elle remit à son frère le portrait du diacre Pâris, deux paquets de terre de son tombeau, un morceau de bois de son lit, qu'on jeta au feu ; puis elle fit profession de foi à l'église catholique... et elle n'éprouva plus ni agitation, ni mouvements, ne conservant qu'un esprit sain [1].

La nuit du 5 au 6 octobre fut marquée par la persistance de l'insomnie ; la malade, tourmentée par des scrupules religieux, obligea sa garde à prier pour elle, et elle lut elle-même plusieurs pages de ses livres pieux. Vers les cinq heures du matin elle donna des signes de frayeur, se fit asperger d'eau bénite, et éprouva une résistance difficile à vaincre, quand elle tenta de sortir de sa chambre pour se rendre à l'église où son frère devait célébrer une messe en l'honneur de sa guérison.

Un sentiment de répulsion terrible enchaîna encore sa volonté quand elle chercha à franchir le seuil du saint lieu où elle était attendue ; il fallut recourir à des aspersions d'eau bénite pour soutenir son courage. Pendant la messe, elle éprouva de la transpiration et des transes mêlées de terreur. On chercha à la faire monter au tombeau d'un saint personnage très vénéré des fidèles ; elle se sentit repoussée en mettant le pied sur les marches de l'escalier ; à peine avait-elle fait quelques pas en avant, qu'elle rétogradait en arrière. Enfin elle rentra dans ses habitudes de raison, ne conservant qu'une grande confusion de ce qui lui était arrivé, craignant beaucoup de retomber dans le même malheur, et redoutant beaucoup aussi le retour d'une vision qui l'avait assiégée pendant la nuit du 3 au 4 octobre. Pendant cette terrible nuit, elle avait eu sous les yeux le spectacle *d'un cadavre décharné, dont les regards semblaient ardents comme le feu et qui vomissait par la bouche une flamme étincelante* [2]...

Carré de Montgeron, qui a étudié de fort près les convulsionnaires, a soin de nous faire remarquer que les accès de convulsion, tout effrayants qu'ils étaient au dehors, ne laissaient pas d'apporter parfois quelque consolation intérieure aux personnes qui en étaient atteintes.

Après avoir dit que les convulsions avaient au premier abord un extérieur bien effrayant, il ajoute :

« Tous ceux qui ont considéré de plus près ce qui se passait pour lors dans la plupart des convulsionnaires, ont aperçu qu'une paix intérieure ravissait leur cœur dans le secret, lors même que les plus violentes agitations troublaient leurs sens, et que leur âme était souvent remplie d'un contentement inexprimable, au milieu des expressions et des marques de la plus vive douleur, que leurs cris et les *mouvements de leur corps représentaient.*

1. Dom Lataste, t. I, p. 655.
2. *Ibid.*, p. 647 et suivantes.

Ne pourrait-on mettre cette paix intérieure sur le compte des hallucinations *gaies* qui, mêlées aux hallucinations *tristes*, caractérisent la troisième période de la grande attaque ?

Mais les attitudes passionnelles, ainsi que le délire qui caractérise la quatrième période de la grande attaque, se montraient de préférence sous forme d'accès isolés dans lesquels les mouvements convulsifs n'avaient plus qu'une place secondaire.

Ces sortes d'accès étaient désignés sous le nom de représentations.

Après avoir rapporté les « discours admirables et très pathétiques, qui, prononcés avec une onction pleine de force, ébranlent les esprits et touchent tellement les cœurs les plus durs qu'ils en fondent la glace », Carré de Montgeron ajoute :

Non seulement de jeunes convulsionnaires prononcent de tels discours avec dignité, mais ils représentent de la manière la plus vive et la plus frappante sur *leurs visages, par leurs gestes et toute leur attitude*, les différents sentiments qui sont contenus dans leurs discours... Souvent, après de pareils discours, le convulsionnaire devient lui-même le portrait vivant de la passion de Jésus-Christ. Il tient ses bras en croix d'une manière immobile, pendant tout le temps que dure cette représentation, et toute l'attitude de son corps prend celle d'un crucifix.

Une douleur vive et tendre, supportée avec la patience la plus héroïque et la résignation la plus parfaite, se peint avec les traits les plus caractérisés sur son visage devenu plombé, dans ses yeux mourants, et dans les *tressaillements* de son corps.

Après être resté longtemps dans cet état, la pâleur de la mort couvre entièrement son visage ; la couleur de ses lèvres desséchées devient noirâtre ; ses yeux à demi fermés paraissent tout à fait éteints ; sa tête ne pouvant plus se soutenir, tombe sur sa poitrine, et j'en ai même vu une, dont la langue s'était si fort retirée dans le gosier, qu'on n'en apercevait plus aucune partie dans sa bouche, qui était restée entr'ouverte...

Au reste, le surnaturel est bien plus marqué et plus frappant dans les tableaux vivants, qu'ils mettent sous nos yeux, des supplices que doivent endurer plusieurs des disciples du prophète (Élie), tableaux qui ne sont guère moins propres à édifier notre piété, que ceux des souffrances de notre divin modèle[1].

Les convulsionnaires avaient également des extases ainsi décrites :

Dans ces extases, celles du moins qui sont marquées aux traits les plus propres à faire juger du principe qui les produit, les convulsionnaires sont frappés tout à coup par l'aspect imprévu de quelque objet dont la vue les ravit ordinairement de joie. Ils dardent avec avidité leurs regards et leurs mains en haut ; ils s'élancent vers le ciel, ils semblent vouloir y voler. A les voir absorbés ensuite dans une contemplation profonde, on dirait qu'ils admirent les beautés célestes. Leur visage est animé d'un feu vif et brillant, et leurs yeux, qu'on ne peut leur faire fermer tant que dure l'extase, demeurent toujours immobiles, ouverts et fixés sur ce qui les occupe. Ils sont en quelque sorte transfigurés ; ils paraissent tout autres. Ceux mêmes qui en dehors de cet état ont quelque chose en eux de bas et de rebutant, changent si fort, qu'à peine sont-ils reconnaissables ; mais leur éclat alors n'a rien qui n'édifie, rien qui n'inspire de la piété, rien qui ne porte à Dieu. Cet état surnaturel représente vivement, dans la personne qui y est, une âme dégagée de tout ce

1. Carré de Montgeron, *loc. cit.*, t. II. *Idée de l'état des convulsionnaires*, p. 29.

qui n'est que terrestre et passager, une âme qui n'aspire qu'au bonheur suprême une âme qu'on dirait en jouir déjà.

» C'est assez souvent pendant ces extases que plusieurs convulsionnaires font leurs plus beaux discours et leurs principales prédictions, qu'ils parlent des langues étrangères, qu'ils découvrent les secrets des cœurs, et même qu'ils font quelquefois une partie de leurs représentations[1]. »

« ... J'ai déjà observé que c'est dans le plus fort de leurs extases, que plusieurs convulsionnaires font ces discours en langue inconnue ou étrangère. Je dois ajouter qu'ils n'en comprennent eux-mêmes le sens que dans l'instant et à mesure qu'ils les prononcent, et qu'ils ne n'en ressouviennent plus, du moins que d'une manière générale, aussitôt que leurs discours sont finis.

» Aussi la seule preuve que nous ayons qu'ils les entendent lorsqu'ils les prononcent, c'est que souvent ils expriment de la manière la plus vive tous les différents sentiments contenus dans ces discours, non seulement par leurs gestes, mais même par l'attitude que prend leur corps, et par l'air de leur visage, sur lequel ces différents sentiments se peignent tour à tour par les traits et les caractères les plus frappants, en sorte qu'on est en état de pénétrer jusqu'à certain point, quels sont les sentiments qui les résument, et qu'il a été facile à ceux qui ont examiné avec attention tous leurs divers mouvements ou leurs différents gestes, d'y reconnaître que la plupart de ces discours sont des prédictions détaillées de la venue du prophète Elie, des supplices qu'on lui fera souffrir ainsi qu'à ses disciples, de la conversion des Juifs, et enfin de l'établissement de la religion par toute la terre. Il n'a fallu, pour découvrir que ces discours en langue inconnue étaient la plupart des prophéties de ces grands événements, que confronter les différentes impressions qu'on a vues sur le visage des convulsionnaires en faisant leurs discours, et les gestes dont ils les ont accompagnés, avec des impressions semblables et des mouvements pareils qu'on avait remarqués, en eux lorsqu'ils prononçaient des discours français, où ils avaient énoncé les mêmes événements, ce qui a été confirmé par la déclaration de plusieurs convulsionnaires, qui après leur discours se sont ressouvenus en général, qu'ils y avaient parlé de la venue du saint prophète, et de ce qui en sera la suite[2]. »

Cependant, dit Calmeil, plusieurs inspirés improvisaient sans présenter les signes du raptus extatique; l'explosion d'une simple crise hystérique suffisait pour les jeter tout à coup dans une sorte d'accès d'exaltation intellectuelle dont l'entraînement les contraignait à donner cours à leurs idées. Dans ces moments, la surexcitation des centres nerveux encéphaliques portait les théomanes à enfler leurs discours d'un flux d'expressions, d'une foule de figures, d'images, qui ne laissaient pas de produire une vive impression sur la populace qui suivait les convulsionnaires à la piste. « En convulsion, leur âme est bien plus dégagée des sens que dans l'état naturel... Il est de notoriété publique que les convulsionnaires, en général, ont beaucoup plus d'esprit, de pénétration et d'intelligence lorsqu'il sont en convulsion que dans leur état ordinaire. On voit jusqu'à des filles extrêmement timides, dont le fond n'est qu'ignorance, stupidité, basse naissance, qui, dès qu'elles sont en convulsion, parlent néanmoins très exactement, avec feu, élégance et grandeur de la corruption de l'homme par le péché originel, etc. On pourrait rapporter une multitude de faits qui prouvent invinciblement que le fait ordinaire de la convulsion est de donner à l'âme plus de lumière et d'activité, plus de facilité à concevoir les choses même les plus élevées... Une jeune enfant, hors de convulsion, était d'abord si timide et si farouche, qu'on ne pouvait tirer d'elle une seule parole, et qu'elle paraissait presque imbécile. Cependant aussitôt qu'elle était en convulsion, elle répondait à tout avec tant de justesse, elle semblait avoir tant de pénétration, qu'on l'eût prise

1. Carré de Montgeron, *loc. cit.*, Paris, 1741, t. II, deuxième part. *Idée de l'état convulsionnaires*, p. 48.

2. Carré de Montgeron, *loc. cit.*, p. 54.

pour une personne qui aurait eu de grands talents naturels et l'éducation la plus parfaite[1]... »

Les discours des convulsionnaires n'étaient pas toujours aussi édifiants. Montgeron dit très bien qu'il y a du *mélange* dans les discours des convulsionnaires :

« Que le lecteur ne m'impute pas néanmoins d'approuver sans exception tous les discours des convulsionnaires. Je pense, il est vrai, qu'il y en a eu beaucoup, surtout dans les premiers temps, dont l'esprit a été éclairé par une lumière surnaturelle qui leur découvrait de fort grandes vérités. Mais aussi suis-je bien persuadé que quelques-uns de leurs discours, principalement de ceux qui ont été faits dans les derniers temps, n'ont été, du moins pour partie, que la production d'une *imagination échauffée*. Au surplus, il est évident que ceux des Augustinistes et des Vaillantistes, faits pour autoriser les erreurs, n'ont pu être que l'effet de l'égarement de leur propre esprit, ou de la suggestion du démon[2]. »

La part de l'extravagance et de la lubricité ne manquait pas dans cette période délirante, ainsi qu'on peut voir par les extraits suivants que j'emprunte à Calmeil :

« Une convulsionnaire du premier rang tient de très beaux discours dans une langue inconnue; en même temps elle est placée dans une attitude que je vais décrire : le corps est plié en deux, *en forme d'arc*, à la renverse, la tête et le front touchant la terre comme pour aller chercher les talons... La même dit la messe d'un bout à l'autre avec une sorte de dignité; c'est toujours dans sa langue inconnue; mais comment se fait la cérémonie ? La personne est étendue par terre sur le dos, s'agitant quelquefois si fortement, qu'il faut qu'une personne soit à ses pieds pour veiller et prévenir toute indécence et pour tenir ses vêtements[3]... »

« Une convulsionnaire récite le *De profundis* en français avec une piété affectueuse qui édifie; mais, avant que de le réciter, elle veut qu'on lui mette la tête en bas, les pieds en haut, le corps en l'air. Après avoir récité, avec une démonstration singulière de piété cette prière, elle veut qu'on lui fasse faire une culbute toute en l'air, et s'embarrasse peu si ce sont des hommes qui lui font faire cette opération fort mal séante par elle-même. Enfin, elle dit hautement, prononce et déclare gravement que ce qu'elle vient de faire est un mystère sérieux qui représente que tout est renversé dans l'église[4]. »

« Une convulsionnaire nommée l'*Invisible*, chantait les louanges de Dieu en faisant la culbute... Poncet a vu une convulsionnaire qui faisait ses prières en tirant la langue comme une possédée, et dont le visage était décomposé par d'horribles contorsions... Il en a vu une autre dont l'exaltation semblait venir du désespoir, qui était portée par la convulsion à se déchirer le visage avec les ongles et à se jeter par la fenêtre. Rien n'était plus criant, selon l'expression de Lataste, que la manière dont certaines convulsionnaires demandaient à Dieu des miracles. « Tantôt, en effet, d'après cet ecclésiastique, elles priaient Dieu en se faisant la barbe, pour imiter, disaient-elles, un saint; en mangeant de la soupe à vide, par la même raison; en faisant mille autres véritables folies dignes des petites maisons; tantôt

1. Carré de Montgeron, *loc. cit.*, t. II, p. 18, 19, cité par Calmeil, *loc. cit.*, t. II, 647.
2. Carré de Montgeron, *loc. cit.*,
3. Carré de Montgeron, *loc. cit.*, t, II, p. 25, 55.
4. *Avis aux fidèles sur le melange, etc.*, n° 4.

en se faisant serrer le cou jusqu'à tirer la langue bien longue; en se faisant pendre à un clou à crochet, la corde au cou; en se faisant frapper sur le dos et sur le ventre jusqu'à lasser les spectateurs; en se livrant à des hommes qui les pressent, qui les secouent, qui les balancent; tantôt en se faisant tirailler les bras, les jambes, le sein, en se renversant la tête en bas, les jambes en l'air, et en donnant mille autres signes d'indécence en présence non seulement des personnes de leur sexe, mais d'hommes, même laïques, religieux, ecclésiastiques [1]. »

« Comment priait-on à Saint-Médard? s'écrie encore don Lataste; on y voyait et j'y ai vu des hommes qui priaient pour leur santé... en secouant rudement la tête, en frappant des mains, en ruant des jambes, en se tourmentant comme de vrais démoniaques. On y voyait, et j'y ai vu des femmes qui sollicitaient leur miraculeuse guérison, les unes en courant comme des folles ou comme des possédées; d'autres, assises sur les genoux des hommes, ou tout étendues sur le tombeau de Pâris, situations qui déconcertaient souvent la modestie des spectateurs... D'autres enfin, jeunes et bien faites, debout dans les charniers ou sur le tombeau, qui, après avoir fait entre les mains des hommes qui les tenaient par le milieu du corps, de violentes pirouettes, se reposaient de temps en temps de cette fatigue sur le visage de ces gardiens charitables... Faire des folies, commettre des indécences hors le temps même de la prière, c'est irriter Dieu, c'est l'offenser grièvement, et il sera louable de le faire pendant qu'on le prie!... Où en sommes-nous? Que va devenir la religion [2] ?... »

L'attitude, la tenue des improvisateurs, n'étaient pas non plus toujours fort édifiantes aux yeux des personnes raisonnables... Un frère restait étendu par terre en débitant ses plus sublimes sermons; de temps à autre il élevait ses pieds qu'il posait sur le chef d'un autre convulsionnaire. « Les docteurs consultants font remarquer que c'est dans le moment même que les convulsionnaires font de beaux discours, des prières touchantes, des représentations édifiantes, qu'elles se prêtent à des culbutes indécentes, à des attitudes fort malhonnêtes qui ne sont que les expressions sensibles et les images naturelles des sentiments mêmes que les paroles annoncent [3]. »

Ce délire revêtait parfois les caractères de l'état d'enfance que les Appelants considéraient comme une faveur du ciel toute spéciale.

« On voit, dit Montgeron, un air enfantin se répandre tout à coup sur leurs visages, dans leurs gestes, dans le ton de leur voix, dans l'attitude de leurs corps, dans toutes leurs façons d'agir; et quoique l'instinct de leur convulsion leur fasse faire alors des raisonnements à la manière des enfants, par rapport aux termes dont ils se servent, et à la façon simple, innocente et timide avec laquelle ils énoncent leurs pensées, néanmoins cet instinct leur fait souvent dire tout bonnement des vérités très fortes, très hardies, très frappantes et fort instructives sur tout ce qui se passe aujourd'hui dans l'Église et même parmi les Appelants [4]. »

Plusieurs convulsionnaires avaient des attaques de léthargie avec contracture, ainsi qu'il ressort du passage suivant de Carré de Montgeron :

Quelques convulsionnaires sont restés deux ou même trois jours de suite les yeux ouverts sans aucun mouvement, ayant le visage très pâle, tout le corps insen-

1. Dom Lataste, *Lettres théologiques*, etc., t. II, p. 298, et t. I, p. 111.
2. Dom Lataste, ouvrage cité, t. I, p. 110 et 111.
3. *Ibid.*, t. II, p. 929, 930, cité par Calmeil, *loc. cit.*, t. II, p. 350.
4. Carré de Montgeron, *loc. cit.*, p. 88.

sible, immobile et raide comme celui d'un mort, qui pendant ce temps-là ne donnait aucun signe de vie qu'une respiration très faible et presque imperceptible. Mais la plupart de ces convulsionnaires n'ont pas eu ces sortes d'extases d'une manière si forte; plusieurs, quoiqu'ils restassent immobiles pendant plus d'un jour, n'ont pas continuellement cessé de voir ni d'entendre et n'ont pas perdu entièrement toute sensibilité, et quoique leurs membres devinssent fort raides dans certains moments, quelquefois, peu après, ils ne l'étaient presque plus, ou point du tout[1].

Diverses pratiques usitées chez les convulsionnaires de Saint-Médard et désignées sous le nom de *secours*, avaient pour but, au dire des partisans de l'*Œuvre des convulsions*, d'apporter du soulagement au milieu des angoisses de la convulsion, et en second lieu, de faire éclater la protection divine, en montrant « que Dieu met, de temps en temps, une force prodigieuse dans les membres de certains convulsionnaires, et jusque dans les fibres les plus tendres, les plus faibles et les plus délicates, et que cette force est ordinairement supérieure à celle des coups les plus violents[2] ».

Il y avait les petits et les grands secours. Les petits secours consistaient en attouchements, pressions, coups modérés sur diverses parties du corps, et il paraît que la satisfaction des instincts lubriques y entrait pour une bonne part.

L'aveu suivant du grand défenseur des convulsionnaires, Carré de Montgeron, est assez significatif :

Mais afin qu'on n'abuse pas des vérités que je vais établir et qu'on ne m'impute point de vouloir autoriser les choses répréhensibles qui ont pu se glisser dans la prestation de certains secours, je crois devoir commencer par rendre compte des règles de conduite que j'ai vues observer à cet égard par les personnes dont je me fais gloire de suivre les sentiments.

A l'égard de petits secours dont quelques-uns ont paru avoir quelque indécence, ou quelque danger pour les mœurs, non seulement les personnes dont j'adopte les avis, mais même tous ceux qui ont un zèle éclairé, conviennent qu'on ne doit accorder aux convulsionnaires aucun de ceux qui portent réellement au péché. Il ne s'agit à ce sujet que de bien faire l'application de cette règle, sans outrer d'une part, et, d'autre part, sans éluder les conséquences qui en résultent.

Par exemple, il serait injuste d'en conclure qu'il faille supprimer tous les petits secours, sous prétexte que certains convulsionnaires en ont exigé quelques-uns qu'on n'aurait pas dû leur rendre[3].

... A l'égard des secours qui par eux-mêmes sont propres à exciter la concupiscence, soit dans les convulsionnaires, soit dans ceux qui leur rendent service, j'ai déjà dit que les personnes dont je parle sont d'avis, ainsi que quantités d'autres, qu'il faut absolument les refuser, et j'avoue qu'on n'a pas toujours bien exactement suivi cette règle, et *qu'on a quelquefois accordé à quelques convulsionnaires, par trop de simplicité et trop de confiance en leurs prétendus instincts, certains secours, qu'il eût été plus prudent de ne leur pas donner*[4].

1. Carré de Montgeron, *loc. cit.*, p. 87.
2. Carré de Montgeron.
3. Carré de Montgeron, *loc. cit.*, t. II, 4e partie, p. 33.
4. Carré de Montgeron, *loc. cit.*, t. II, 4e partie, p. 33-34.

... Les convulsionnaires devraient continuellement réfléchir que, si le démon rôde sans cesse autour de nous comme un lion rugissant, cherchant qui il pourra dévorer, une troupe de ces esprits de ténèbres brûlent encore d'un désir bien plus ardent de tendre de façon ou d'autre des pièges à leur simplicité et de les faire tomber dans quelque faute; elles ne sauraient donc trop se défier de leurs ruses. Ainsi ces implacables ennemis du salut des hommes... ont-ils employé tous leurs efforts pour faire décrier des secours si salutaires pour les corps et pour les âmes; ils n'en ont pu trouver de meilleur moyen que d'exciter *quelques convulsionnaires à demander de petits secours d'une espèce, qui, sans qu'elles y fissent réflexion, étaient quelquefois capables de blesser d'une certaine manière la modestie, ou de mettre la pudeur en danger*[1].

Au sujet de ces *secours*, voici maintenant comment s'exprime un anticonvulsionniste convaincu, qui étudie la question au point de vue physiologique, l'auteur du *Naturalisme des convulsions* :

... Mais encore, le *naturalisme* des convulsions est-il obscurément montré dans ces *coups* que les convulsionnaires se font donner sur le dos et sur les reins à poings fermés et par des hommes? On ne veut pas certainement les croire capables de s'en promettre les mauvais et honteux effets que la médecine y connaît, et que l'usage n'a pas trop fait connaître; mais on sait la pratique de quelques femmes romaines, quand elles étaient stériles: c'était de se faire battre sur les reins à coups de main. Les *Moscovites* et les *Perses* ne sont-ils pas encore dans un usage aussi impertinent, qui est que les femmes exigent de leurs maris d'être battues, pour s'en faire aimer et devenir leurs aimables.

... Après toutes ces réflexions, est-il possible de ne se point alarmer pour des filles chrétiennes, qui se familiarisent à des coups de poing qu'elles se font donner sur le dos et sur les reins par des hommes, et cela avec une prédilection si honteusement marquée, qu'elles déclarent que d'autres mains leur sont moins secourables. Cependant est-il moins raisonnable de craindre que les penchants étant mutuels et si naturellement établis entre les deux sexes, l'imagination des filles ne se trouve réveillée sous de tels yeux et par de telles mains? Mais quand bien même l'imagination tiendrait bon contre des occasions à tentations si naturelles, n'est-il pas à craindre de ces furieux coups, si énormément multipliés, que des hommes, souvent jeunes (car il ne paraît point que les filles convulsionnaires les appréhendent), donnent sur les endroits d'où le sang et les esprits peuvent recevoir plus de force, de mouvement et d'impétuosité? Car tels sont le dos et les reins.

... On doute qu'elle (la médecine) trouve ce *divin* et ce surnaturel dans ces basses puérilités que disent ou font les filles convulsionnaires, dans ces jeux d'enfants, de se faire brandiller dans les draps, où, comme dans les branles on les agite à droite et à gauche. Quelle idée de mollesse n'aperçoit-on point dans cette situation d'une fille qui donne son corps à remuer sous les yeux et entre les mains de plusieurs hommes? Que si l'on pouvait donner à cette pratique inouïe une idée moins déplaisante, du moins tout y paraîtrait-il autant naturel que c'était un certain exercice de corps pratiqué anciennement, mais rarement, dans la *gymnastique*, lequel était de se donner des branles sur des espèces de brandilloires. Mais elles n'en sont pas à ce point de raison dans leur fantaisie convulsionnaire, car elles portent la hardiesse dans ces jeux indécents et déshonorants pour des personnes de sexe, jusqu'à se faire *berner* dans ces draps par six ou huit *berneurs*, qui en tiennent les coins et qui, comme de pieux laquais (car c'est un jeux de laquais que les *bernements*) saboulent

1. Carré de Montgeron, *loc. cit*, t. II, 4e partie, p. 35.

le corps d'une fille qui devrait être regardé comme celui d'une fille chrétienne. Mais leur contenance dans cet indigne exercice ressemble-t-elle à la modestie et au silence d'une vierge ? Ne les y voit-on point grâcieuser des assistants de leurs amis, d'œillades ou de paroles obligeantes. Mais d'ailleurs, les bras des *berneurs* agitants trop rudement le corps de la convulsionnaire, la renversant un peu trop et la faisant tomber de devant en arrière, à quelle indécence ne serait-elle point exposée, si quelque main (peut-être d'hommes) ne s'avançait soudainement pour abaisser les jupes de la *bernée* [1] ?

Les grands *secours*, appelés aussi *secours meurtriers*, et particulièrement appliqués dans le but de faire ressortir l'influence surnaturelle, consistaient en violences atroces exercées sur les convulsionnaires, soit à l'aide de grosses bûches, de barres de fer, de marteaux, d'énormes pierres, qui servaient à porter des coups énergiques et répétés, soit à l'aide d'instruments piquants, d'épingles, de clous très longs, d'épées, avec lesquels on transfixait les chairs des malheureux qu'on soumettait à ces terribles épreuves.

On vit ainsi se renouveler des scènes dont l'horreur ne peut être comparée qu'aux cruautés que les Fakirs de l'Inde, aveuglés par les suggestions du délire religieux, exercent sur leur propre personne.

Chez les convulsionnaires de Saint-Médard qui, pour la plupart, présentaient les signes de l'hystérie la mieux confirmée, je mettrai en valeur deux points qui ressortent naturellement de l'emploi des secours et viennent confirmer notre manière de voir. Le premier réside dans la présence de l'anesthésie hystérique qui devait aider singulièrement les patients à supporter les épreuves en apparence les plus douloureuses. Il est à remarquer que les piqûres ne rendaient pas de sang habituellement. Le second point consiste dans la part qui, dans le soulagement apporté par les secours, doit être attribuée à la *compression ovarienne.* La plupart des secours, en effet, consistaient en manœuvres ayant pour but de déterminer une forte compression de l'abdomen, ou de le frapper violemment à l'aide d'un instrument quelconque, mais à l'extrémité large et mousse.

« Des personnes jeunes et sans coiffure se heurtent avec violence la tête contre les murs, même contre le marbre ; elles se font tirer les quatre membres par des hommes très forts et quelquefois écarteler, donner des coups qui pourraient abattre les plus robustes, et en si grand nombre qu'on en est effrayé ; car je connais une personne qui en a compté jusqu'à quatre mille dans une séance ; c'est avec le poing et avec le plat de la main sur le dos et sur le ventre qu'on les leur donne. On emploie en quelques occasions de gros bâtons et des bûches ; on leur frappe les reins et les os des jambes pour les redresser, dit-on, par ce moyen. Il ne paraît pas que cela les redresse beaucoup, mais il en sont soulagés, au moins n'en sont-ils pas brisés. On les presse de tous les efforts de plusieurs hommes sur l'estomac, on leur marche sur le cou, sur les yeux, sur la gorge, sur le ventre, on s'y assied, on leur arrache le sein... Quelques-uns *s'enfoncent des épingles dans la tête sans aucun mal,* et paraissent avoir le dessein de se précipiter par la fenêtre, ce qu'on ne permet pas. Tel convulsionnaire a poussé le zèle jusqu'à se pendre à un clou à

1. Hecquet, *Le naturalisme des convulsions dans les maladies de l'épidémie convulsionnaire.* MDCCXXXIII, p. 69 et suiv.

crochet, à vouloir être crucifié ; la croix, les clous, la lance tout était préparé [1]... »

Quelques convulsionnaires allaient jusqu'à se faire étendre et lier avec des cordes, sur des croix de bois, qu'elles faisaient ensuite dresser et restaient plus ou moins longtemps dans l'attitude du Christ mourant [2]. Plusieurs d'entre elles, assure-t-on, se firent traverser les pieds et les mains par d'immenses clous de fer, qui allaient ensuite se fixer dans les branches et dans l'arbre de la croix, et pendant ce martyre, trouvèrent la résignation nécessaire pour admonester les assistants. D'autres se faisaient percer la langue et larder les chairs avec des épées... Ces tableaux, disait-on, faisaient ressortir la laideur du péché, qui n'avait pu être expié que par la souffrance d'une chair divine [3].

La relation qu'un observateur de sang-froid nous a laissé du crucifiement de deux convulsionnaires, montre, par les précautions dont on entourait ces épreuves, que tout n'était pas laissé au secours d'en haut. Malgré ces quelques atténuations la scène n'en était pas moins effrayante, et la Condamine, tout en éliminant toute action surnaturelle, ne peut s'empêcher de rendre hommage à la constance et au courage que le fanatisme peut inspirer. Pour nous, notre étonnement sera moindre, si nous songeons à l'anesthésie profonde qui est un des symptômes les plus fréquents de la diathèse hystérique.

Je me contenterai de rapporter ici la scène du crucifiement de sœur Françoise.

Crucifiement de Françoise. — A sept heures, Françoise s'étend sur une croix de bois de deux pouces d'épaisseur et environ six pieds et demi de long, posée à plate terre ; on l'attache à la croix avec des lisières à ceintures, au-dessous des genoux et vers la cheville du pied ; on lui lave la main gauche avec un petit linge trempé dans l'eau qu'on dit être de saint Pâris. J'observe que les cicatrices de ses mains, qui m'avaient paru récentes au mois d'octobre dernier, sont aujourd'hui bien fermées; on essuie la main gauche après l'avoir humectée et touchée avec une petite croix de saint Pâris, et le père directeur enfonce en quatre ou cinq coups de marteau un clou de fer carré, de deux pouces et demi de long, au milieu de la paume de la main, entre les deux os du métacarpe qui répondent aux phalanges du troisième et quatrième doigt. Le clou entre de plusieurs lignes dans le bois, ce que j'ai vérifié après en sondant la profondeur du trou.

Après un intervalle de deux minutes, le même prêtre cloue de la même manière la main droite, qu'on mouille ensuite avec la même eau. Françoise paraît souffrir beaucoup, surtout de la main droite ; mais sans faire un soupir ni aucun gémissement ; elle s'agite et la douleur est peinte sur son visage. On lui passe plusieurs livres et une petite planche sous le bras pour le lui soutenir à différents endroits et aussi la tête, on lui met un manchon sous le dos. Cependant tous les initiés à ces mystères prétendent que ces victimes ne souffrent pas, et qu'elles sont mêmes soulagées par les tourments qu'elles endurent.

On travaille longtemps à déclouer le marchepied de la croix pour le rapprocher, afin que les pieds puissent l'atteindre et y porter à plat. A sept heures et demie on cloue les deux pieds de Françoise sur le marchepied rapproché avec des clous carrés

1. De Lan, *Dissertation théologique sur les convulsions*, p. 70, 71. - Dom Lataste, t. II, 787, cité par Calmeil, *loc. cit.*, t. II, p. 373.
2. Dom Lataste, t. II, p. 871.
Dulaure, *Hist. de Paris*, t. VII, p. 436.

de plus de trois pouces de long; ce marchepied est soutenu par des consoles; il ne coule pas de sang des blessures faites aux mains, mais seulement d'un des pieds et en petite quantité; les clous bouchent les plaies.

A sept heures trois quarts, on soulève la tête de la croix à trois ou quatre pieds de hauteur; quatre personnes la soulèvent ainsi pendant quelque temps; on la baisse ensuite et l'on appuie le haut de la croix sur le siège d'une chaise, le pied de la croix restant à terre.

A sept heures cinquante-cinq minutes, on élève la tête de la croix plus haut, en l'appuyant contre le mur à la hauteur de quatre pieds ou quatre pieds et demi au plus.

La jeune sœur Marie entre en convulsions. Je séparerai les articles qui la regardent.

A huit heures un quart, on retourne la croix de Françoise de haut en bas, et on l'incline en appuyant le pied contre la muraille, de la hauteur de trois pieds seulement, la tête de la croix posant sur le plancher. En cet état, on lit la passion de l'évangile saint Jean au lieu de psaumes que l'on avait récités jusqu'alors. Cette situation a duré un quart d'heure. On m'avait dit qu'on poserait la croix debout, la tête en bas, mais on ne passa pas la mesure dont je viens de parler.

A huit heures et demie, on couche la croix à plat, on délie les sangles et les bandes de lisières dont le corps de Françoise était serré dans la précédente situation, apparemment pour que le poids de son corps ne portât pas sur les clous qui attachaient ses bras. On lui soutient la tête et le dos avec des livres. Tous ces changements se font à mesure qu'elle les demande. On lui ceint le front avec une chaîne de fil de fer fort délié, qui a des pointes, ce qui fait l'effet d'une couronne d'épines. Je la vois parler avec action, on m'a dit qu'elle déclamait en langage figuré sur les maux dont l'église est affligée et sur les dispositions des spectateurs, dont plusieurs fermaient, disait-elle, les yeux à la lumière, et dont les autres ne les ouvraient qu'à demi.

A huit heures trois quarts, elle fait relever sa croix, la tête appuyée contre le mur à peu près de quatre pieds ou quatre pieds et demi. En cet état, elle présente sa poitrine à douze épées nues; on les appuie au-dessus de sa ceinture, toutes à la même hauteur; j'en vis plusieurs plier, entre autres celle de M. Latour-Dupin, qui m'en fait tâter la pointe très aiguë. Je n'ai pas voulu être un de ceux qui présentaient les épées. Françoise dit à l'un d'eux, de qui je tiens ce fait : « Mais laissez donc, vous allez trop fort. Ne voyez-vous pas que je n'ai pas de main? »

Ordinairement, quand on fait cette épreuve, la patiente place elle-même la pointe de l'épée, la tient entre la main, et peut soutenir une partie de l'effort, ce qu'elle ne pouvait, ayant la main attachée. On ouvre la robe de Françoise sur sa poitrine. Outre sa robe de coutil fort plissée et son casaquin intérieur que je n'ai pas manié, il y avait un mouchoir en plusieurs doubles sur le creux de l'estomac. Je tâte plus bas; j'y trouve une espèce de chaîne de fil de fer comme sa couronne, qu'on dit être un instrument de pénitence; on venait de lui ôter par ses poches une ceinture large de trois doigts d'un tissu serré de crin en partie, fort semblable à une sangle de crocheteur, autre instrument, dit-on, de mortification. Cette sangle est assez simple, mais épaisse; je ne sais s'il n'y avait rien au dedans, ou si le tissu tout de crin suffit pour faire plier une lame.

Pendant que je me suis éloigné de Françoise, on m'a dit qu'elle avait appelé le directeur en disant : « Père Timothée, je souffre, je n'en puis plus; frottez-moi la main. » Il a promené doucement et lentement, autour du clou, la *main droite*.

Depuis neuf heures un quart jusqu'à dix heures, pendant près de trois quarts d'heure, j'ai presque perdu de vue Françoise, portant toute mon attention à Marie. Mais j'achèverai de suite ce qui regarde Françoise.

A neuf heures vingt minutes, elle fait reposer sa croix à plate terre; à neuf heures quarante minutes, elle la fait relever contre le mur; à dix heures, on couche Fran-

çoise attachée à sa croix; on lui ôte les clous des mains, on les arrache avec une tenaille; la douleur lui fait grincer des dents, elle tressaille sans jeter de cris! Les clous dont on s'était servi jusqu'ici pour cette opération, étaient très aigus, ronds, lisses et déliés. Aujourd'hui, pour la première fois, c'étaient des clous carrés ordinaires. J'en demande un que je conserve; les mains, *surtout la droite*, saignant beaucoup, on les lave avec de l'eau pure. Elle embrasse Marie, sa prosélyte, qui venait d'être détachée de la croix ou elle a resté moins d'une demi-heure.

A dix heures douze minutes, on élève la croix de Françoise, dont les pieds étaient encore cloués, on l'appuie contre la muraille, plus haut qu'elle ne l'avait encore été et presque debout. J'ai déjà dit que les bras étaient détachés, les pieds portaient à plat sur le marchepied. On me donna à examiner une lame de couteau ou de poignard tranchante des deux côtés, qu'on emmanche dans un bâton, long de deux ou trois pieds, ce qui forme une petite lance, destinée à faire à la poitrine une blessure au côté par laquelle le directeur m'a dit qu'elle perdait quelquefois deux pintes de sang. On découd sa chemise, on lui découvre la chair du *côté gauche* vers la quatrième côte, elle montre du doigt où il faut faire la plaie, elle frotte l'endroit découvert avec la petite croix du bienheureux Pâris, présente elle-même la pointe de la lame en tâtonnant en plusieurs endroits. Il est dix heures vingt-cinq minutes. Le prêtre enfonce un peu la pointe de la lame que Françoise gouverne et tient empoignée; elle dit *amen*. Le prêtre retire la lame. Je juge par la marque de sang, qu'elle est entrée de deux lignes et demie, près de trois lignes ; la plaie est moins longue que celle d'une saignée, il ne sort pas de sang.

Deux minutes après, Françoise demande à boire, on lui donne du vinaigre avec des cendres, qu'elle avale après bien des signes de croix.

A dix heures trente-cinq minutes, on la recouche avec sa croix; il y avait plus de trois heures et demie qu'elle y avait été attachée. On a beaucoup de peine à arracher les clous des pieds avec une tenaille. Nous sommes deux à aider le prêtre. M. de Latour-Dupin demande un des clous, il entrait dans le bois de plus de cinq lignes. Françoise éprouve les mêmes symptômes de douleur que lorsqu'on lui a décloué les mains [1].

Ces terribles épreuves n'avaient d'autre but que de convertir les incrédules en faisant éclater la puissance divine et de réchauffer la foi des fidèles en leur représentant d'édifiants spectacles.

Mais il en était d'autres qui, sous de brutales apparences, pouvaient contribuer pour une part au soulagement de ces infortunées.

Nous avons étudié l'heureux effet de la compression ovarienne sur les accidents hystériques.

Les violents coups que les convulsionnaires se faisaient administrer, au fort de leurs crises, portaient le plus souvent sur le ventre. Les piétinements auxquels on les soumettait s'exerçaient aussi sur le ventre, et c'est sur le même point du corps que devait porter le principal effort de l'épreuve de la planche; les auteurs du temps ont soin de faire remarquer que le ventre était gonflé (météorisme). Voici en quoi consistait cette dernière épreuve : une convulsionnaire couchée sur le dos se couvrait le ventre et la poitrine d'une planche et supportait le poids de toutes les personnes qui voulaient bien monter sur son corps.

Carré de Montgeron insiste sur ce point que les coups portés avec un chenet

1. La Condamine, cité par L. Figuier, *Histoire du merveilleux*, t. I, p. 386.

ou autre lourd instrument ne produisaient un heureux effet que lorsqu'ils pénétraient jusqu'aux viscères.

Car il est très important de remarquer dit-il, que la force des coups qu'on donne aux convulsionnaires n'est point arrêtée sur la superficie de la peau.

Par exemple, le chenet, lorsque les coups en sont frappés avec beaucoup de violence, s'enfonce si avant dans l'estomac de la convulsionnaire, qu'il paraît pénétrer presque jusqu'au dos, et qu'il semble devoir écraser tous les viscères qui se trouvent sous le poids de ses coups : et c'était pour lors que la convulsionnaire s'écriait avec un air de contentement peint sur son visage : « Ha ! que cela est bon ! Ha ! que cela me fait du bien ! Courage, mon frère ! redoublez encore de force, si vous pouvez [1]. »

Nous donnons plus loin la reproduction d'une estampe du temps relative à ces singulières pratiques.

REVIVALS, CAMP-MEETINGS AMÉRICAINS ET IRLANDAIS

Nous avons vu se développer en France, sous l'influence religieuse, des épidémies de convulsions parmi lesquelles une des plus remarquables est celle dont nous avons parlé plus haut, qui eut pour berceau le cimetière de Saint-Médard et pour théâtre ensuite Paris et plusieurs villes de province. Les peuples protestants ne sont pas à l'abri de semblables épreuves. L'histoire des revivals et des camp-meetings d'Angleterre et d'Amérique est là pour nous l'apprendre.

Les camp-meetings et les revivals sont des assemblées religieuses qui se tiennent en plein air ou dans les églises, et dans lesquels les ministres des différentes sectes se livrent à des prédications véhémentes dans le but d'entretenir la ferveur des fidèles, de raviver la foi des tièdes, de réveiller les indifférents et de convertir les impies. Les prières s'y font en commun, et le plus souvent sont laissées à l'inspiration des fidèles qui suivent, dans leurs improvisations, l'élan de leur enthousiasme. On conçoit que, dans de semblables réunions, l'excitation mentale, bientôt portée à son comble, constitue un milieu propice au développement de la grande hystérie.

Pour donner une idée des proportions que peuvent prendre ces manifestations religieuses, j'emprunte à un écrit du docteur John Chapman sur l'histoire des revivals chrétiens [2], les détails suivants :

Pendant un revival méthodiste en Cornouailles, *quatre mille* personnes tombèrent dans des convulsions.

Un revival américain qui eut lieu vers le milieu de ce siècle a réalisé, selon quelques narrateurs, la conversion d'un quart de million, suivant d'autres, d'un demi-million d'âmes. En 1850, un meeting religieux de chrétiens évangélistes se réunit à Boston, pour traiter de la prière quotidienne du matin. L'excitation du peuple était telle et son engouement pour ce genre d'exercices si accusé, que le clergé de Boston décida qu'il fallait choisir entre la création de meeting de prières ou la perte de leurs fidèles.

1. Carré de Montgeron, *loc. cit.*, t. II, 3e partie, p. 45.
2. *Christian revivals : their history and natural hystory*, by John Chapman, M. D. member of the royal College of Physicians. London, George Manwaring, 8, king William street strand MDCCCLX.

Vers 1857, une convention d'à peu près deux cents ministres et d'un grand nombre d'hommes de loi se réunit à Pittsbourg. Elle dura trois jours. Un revival religieux; eut lieu. On y discuta la question complète des revivals religieux; les obstacles qu'ils peuvent rencontrer, les moyens de les favoriser et d'en assurer le développement furent étudiés avec soin, et la résolution fut prise qu'une adresse serait lue le 1er janvier 1856, recommandant les moyens pratiques de faire renaître la vraie religon. Cette résolution fut exécutée et ces mesures pratiques répandues avec un remarquable succès.

Une convention semblable eut lieu peu après à Cincinnati, marquée des mêmes péripéties et suivie des mêmes résultats.

Dans l'Ohio, pendant un revival qui suivit le décès des missionnaires américains et de leurs amis morts dans l'Inde, le peuple, observe le rév. John Angell James, avait été converti par centaines et par milliers.

Il semble, dit le même auteur, que Dieu par le réveil de ferveur dans les États-Unis ait voulu attirer l'attention du monde chrétien tout entier sur l'importance et sur la puissance de la prière.

Le revival irlandais paraît avoir été provoqué par certains prêtres irlandais qui après avoir visité l'Amérique et y avoir suivi les revivals, revinrent dans leur pays, lisant des écrits sur ces sortes d'assemblées et racontant tout ce qu'ils avaient vu. Ces lectures suivies par une foule nombreuse excitaient le plus vif intérêt. En divers endroits de la contrée des meetings religieux s'organisèrent sur le modèle américain, et dans ces réunions le moyen d'adoration le plus populaire était la prière improvisée.

Le plus grand nombre des fervents qui suivaient les revivals appartenait à la classe ignorante. Aussi pour agir puissamment sur l'imagination de cette masse illettrée, les prédicateurs usaient-ils largement des sentiments de crainte et de terreur qu'inspiraient les descriptions de l'enfer. Il ressort de tous les écrits publiés à ce sujet que la terreur était le grand levier qui servait à effectuer les conversions revivalistes.

Pendant le cours de ces réunions si propices au développement des accidents nerveux, il ne manquait pas de se produire chez une partie des assistants, et principalement chez les femmes, tout une série de phénomènes physiques et intellectuels qui, par leur caractère extraordinaire, attiraient vivement l'attention et dans lesquels il ne nous sera pas difficile de reconnaître les marques de la grande hystérie.

A Bristol, il semble que les accidents nerveux aient pris la forme d'attaques de léthargie.

« Pendant les sermons de Wesley, à Bristol, dit le Dr John Chapman, plusieurs tombaient à la renverse, ils étaient comme foudroyés, frappés au cœur par la parole de Dieu. On voyait par vingtaine les hommes et les femmes pêle-mêle, joncher le sol, insensibles et semblables à des cadavres[1]. »

Le revival méthodiste de Cornouailles se signala par des convulsions :

« Les gens atteints étaient alors si peu préoccupés d'idées terrestres, qu'ils séjournaient deux et parfois trois nuits dans les chapelles, agités à tout moment de mou-

1. John Chapman, *loc. cit.*, p. 30.
2. Id., *ibid.*

vements spasmodiques et ne prenant aucune nourriture ni aucune boisson. Les symptômes observés étaient d'ordinaire les suivants : une sensation de fatigue et d'oppression, des cris semblables à ceux de l'agonie ou à ceux poussés dans les douleurs de l'enfantement, des convulsions des muscles des paupières, — les yeux fixes et hagards, les muscles du cou, du tronc et des bras immobiles, — la respiration coupée de sanglots, du tremblement avec agitation générale et toutes sortes de gestes étranges. Alors l'épuisement survient, les patients s'évanouissent et restent dans un état de torpeur et d'immobilité jusqu'à la fin de l'accès[1]. »

Dans les revivals qui eurent lieu au commencement du siècle (1800-1804) dans le Kentucky, le Tennessee, la Caroline, l'Illinois, on observa des secousses générales ou partielles, des aboiements et des convulsions bizarres, que l'on peut mettre sur le compte des diverses variétés de la chorée rythmique, chorée saltatoire, rotatoire, malléatoire, imitant les mouvements d'un joueur de violon, etc., etc. Voici le récit qu'en fait le Dr J. Chapman d'après des témoignages authentiques :

« Pendant le grand revival presbytérien qui eut lieu au commencement de ce siècle dans le Kentucky et le Tennessee, les sujets paraissaient s'évanouir, et après être restés dans cet état quinze à vingt minutes, étaient pris de convulsions généralisées qui n'avaient pas chez tous une égale intensité. » La chute du début était parfois remplacée par des secousses (*jerks*) que l'on croit avoir commencé dans l'est du Tennessee.

» Pendant notre sermon, dit le témoin que nous citons, nous avons, après avoir traité de choses agréables d'une voix douce, soudainement changé notre accent et notre langage, pour peindre des objets pleins d'horreur et d'épouvante, et tout aussitôt douze à vingt personnes et même davantage se trouvèrent du même coup précipitées à terre en poussant un cri étouffé. Une ou deux fois le bruit qu'elles faisaient en tombant ressemblait à l'aboiement d'un chien. La femme d'un de nos anciens, personne d'une grande piété, fut saisie des mêmes accidents.

» Le pieux ministre expérimenta sur elle comme sur ses fidèles. Un jour qu'il l'accompagnait à cheval en revenant d'un village où elle était allée « faire un petit achat » (elle était alors parfaitement calme et n'avait point de secousses), il l'entretenait familièrement de choses et d'autres, quand il s'avisa de changer soudainement la tournure de la conversation et d'aborder des sujets sérieux d'un accent solennel. Le révérend expérimentateur assure « qu'au bout de deux minutes à peine, il vit sa compagne, soulevée de la selle, donner de la tête en avant au point d'atteindre la moitié du cou du cheval, et cela six ou huit fois à la minute. » Les secousses étaient souvent limitées au bras, mais « parfois la tête violemment agitée se penchait en avant pour se rejeter en arrière avec une vitesse qu'il eût été impossible d'imiter et qui ne laissait pas d'inspirer des craintes sérieuses. » Dans un cas au moins, cette forme de frénésie se termina par la mort. Les secousses « atteignaient les bons et les mauvais, les jeunes et les vieux ». En 1822-3-4, elles se reproduisirent dans l'État d'Illinois. Les femmes jeunes et de basse condition, natives de la Caroline du Nord et du Tennessee, étaient principalement atteintes. Les revivals de 1801-2-3 se firent remarquer par d'autres accidents nerveux que les secousses dont il s'agit. « Une jeune femme, dit notre auteur, tournait comme une toupie pendant environ une heure sans s'arrêter, et faisait au moins cinquante tours à la minute. » D'autres dansaient « d'un mouvement qui ne manquait pas de grâce

1. John Chapman, *loc. cit.*, p. 30.

et de charme, mais d'un pas peu varié ». Une jeune femme dansait sur son banc pendant vingt à trente minutes. Elle avait les yeux fermés, et ses mouvements n'étaient pas exagérés; puis elle tombait en convulsion. Les uns étaient pris de la manie de sauter, les autres couraient avec une étonnante vitesse; on en voyait imiter les mouvements d'un joueur de violon; d'autres encore aboyaient comme un chien[1]. »

Grégoire, dans son *Histoire des sectes religieuses*[2], donne les détails suivants sur un *camp-meeting* méthodiste de 1806. On y trouve signalés les convulsions, les cris, l'écume aux lèvres, le délire, et la part qui, au milieu de tout ce désordre, revenait à la lubricité.

« Une lettre particulière, dit-il, donne des détails authentiques sur un camp-meeting de méthodistes, ou assemblée au milieu des champs, en 1806, pendant quatre ou cinq jours, dans le comté de la Duchesse (Dutchescounty, État de New-York). Elle commença un lundi, par quelques centaines de personne. D'un côté, on prêchait, on chantait; de l'autre, on entendait le bruit confus d'enfants, de femmes, d'hommes, qui déployaient leur bagage et dressaient leurs tentes. Bientôt on vit un assez grand nombre des assistants trembler, entrer en convulsions, s'agiter comme des forcenés, se rouler, écumer et tomber en poussant des cris aigus et des hurlements. Toutes les folies ont une teinte de ressemblance. Celles-ci se nomment, en Amérique, l'Œuvre (The work) comme chez les convulsionnaires de France. L'Œuvre continuait une partie des nuits.....

L'enthousiasme s'accrut journellement par l'arrivée de nouveaux inspirés, dont le nombre s'éleva à quatre mille; ils se formèrent en groupes de quarante ou cinquante personnes, au milieu desquels des hommes, des femmes surtout, et même des enfants de six à sept ans, retraçaient le spectacle qu'on vient de décrire, et tombaient évanouis. L'auteur de la lettre pense que le chaos de la tour de Babel devait être un modèle d'ordre et d'harmonie comparativement à la confusion et au tapage de ces assemblées. Il est impossible, dit-il, de s'imaginer à quels excès on s'y livre. Il cite une jeune femme qui, dans son extase pieuse, se déshabille, se jette à la rivière et se noie. Une autre est tellement pénétrée de joie d'être régénérée qu'à l'instant elle avorte. Les frères et les sœurs se séparent en s'embrassant de la manière le plus tendre et en pensant que c'est peut-être pour la dernière fois. Dans ce culte bizarre, non seulement le narrateur ne voit rien d'utile; mais, à côté de ces traits de délire, il découvre l'immoralité des *sœurs régénérées*, partageant, la nuit, leur asile avec des *frères* qui ne le sont pas... Michaud fils, dans son premier voyage, parle comme témoin oculaire de ces rassemblements dans les bois, où l'on se rend de très loin, pour entendre des prédications pendant plusieurs jours de suite. Il est remarquable que ces réunions ont lieu surtout dans les États de Kentucky, Tennessee, Virginie et Caroline du Nord, qui sont des contrées peu morales. »

Le récit que mistress Trollope a laissé d'un revical américain qui eut lieu à Cincinnati vers 1828, met en lumière quels procédés oratoires les ministres mettaient en œuvre pour émouvoir la foule des fidèles et amener chez plu-

1. John Chapman, *loc. cit.*, p. 31.
2. Page 128 (cité par Hyp. Blanc, *Le merveilleux dans le jansénisme, le magnétisme*, etc. Paris, 1865, p. 255).

sieurs d'entre eux les marques de l'action divine sur les pécheurs, c'est-à-dire les convulsions. Naturellement les jeunes filles étaient les premières atteintes.

« Ce fut, dit mistress Trollope[1], dans la principale des églises presbytériennes de Cincinnati que je fus deux fois témoin des hideuses scènes que je vais décrire. Chaque jour les ramène avec une parfaite uniformité. Qui connaît l'une de ces représentations les connaît toutes. Nous étions au milieu de l'été; mais le service auquel on nous avait prié d'assister ne devait pas commencer avant la nuit. Le temple était bien éclairé, et il y avait un concours de monde à n'y pas tenir. Nous aperçûmes en entrant trois prêtres debout et rangés côte à côte dans une espèce de tribune, élevée à l'endroit où se trouve ordinairement l'autel; cette tribune, qui ressemblait aux chaires de nos temples, était ornée de draperies cramoisies; nous prîmes place sur un banc qui se trouvait près de la balustrade qui l'entourait. Le prêtre qui était au milieu priait; la prière était d'une extravagante véhémence et d'une familiarité d'expression choquante. Après la prière il chanta un hymne, puis un autre prêtre se mit au milieu et commença à prêcher. Il déploya dans son sermon une éloquence rare, mais le sujet qu'il avait choisi était affreux. Il décrivit avec une excessive minutie les derniers et tristes moments de la vie humaine; ensuite il peignit les changements affreux que le corps subit graduellement après la mort, et il arriva au tableau de la décomposition. Tout à coup le ton de son discours, qui jusque-là avait été celui d'une description exacte et simple, changea: Il fit entendre une voix aiguë et perçante, et, penchant la tête en avant comme pour fixer ses regards sur un objet qui se trouvait au-dessous de la tribune... le prédicateur nous fit connaître ce qu'il apercevait dans les profondeurs qui semblaient ouvertes devant lui : c'était, comme on voit, une heureuse invention pour frapper les esprits faibles par la description de l'enfer. De toutes les images que peuvent fournir le feu, la flamme, le soufre, le plomb fondu, les fourches rougies faisant palpiter des nerfs, des membres, des chairs, aucune ne fut oubliée par le prédicateur. Il suait à grosses gouttes; ses yeux roulaient avec horreur; ses lèvres étaient couvertes d'écume, et chacun de ses traits respirait la profonde terreur qu'il aurait ressentie s'il eût réellement été témoin de la scène qu'il décrivait. Le jeu de l'acteur fut parfait. Enfin il jeta sur ses deux assistants à droite et à gauche un regard languissant où se peignait sa faiblesse; il s'assit et essuya la sueur qui inondait son visage. En ce moment les deux autres prêtres se levèrent et entonnèrent un hymne. Tous les assistants, le visage couvert de la pâleur de la mort, étaient frappés de stupeur, et ce ne fut que quelques instants après qu'ils purent unir leurs voix à celles des prêtres. Lorsque les chants eurent cessé, un autre prêtre occupa la place du milieu, et d'une voix douce et pleine d'affection, il demanda aux fidèles si ce qu'avait dit son frère était arrivé jusqu'à leur cœur, s'ils désiraient éviter l'enfer, qu'il leur avait fait voir. — « S'il en est ainsi, venez, continua-t-il en étendant les bras vers les assistants, venez à nous, et nous vous montrerons Jésus, le doux et bien-aimé Jésus, qui vous délivrera de l'enfer. Mais il faut que vous veniez à lui, vous ne devez pas avoir honte de venir ! Cette nuit, vous direz au doux Jésus que vous ne rougissez pas de lui. Nous allons vous ouvrir le chemin. Les bancs destinés aux pécheurs inquiets vont vous être ouverts. Venez donc, venez vous asseoir sur le banc d'anxiété (*anxious bench*) et nous vous ferons voir Jésus. Venez, venez, venez ! » On entonna un hymne; alors un des prêtres fit évacuer un ou deux bancs qui longeaient la balustrade, et il renvoya au fond de l'église ceux qui s'y étaient assis. Les chants ayant cessé, un des trois prêtres exhorta encore les assistants à ne point rougir de Jésus, les invita à venir prendre place sur le banc d'anxiété et reposer leurs têtes sur son sein. — Nous allons chanter encore un

1. *Mœurs des domestiques Américains*, t. I, p. 127 (cité par Hyp. Blanc, *loc. cit.*, p. 265.

hymne, continua le prêtre, afin de vous donner le temps de vous résoudre. Et les chants recommencèrent, en ce moment, dans toutes les parties du temple; il se fit un mouvement léger d'abord, mais qui prit par degrés, un caractère plus décidé. Des jeunes filles se levèrent, s'assirent, puis se levèrent de nouveau. Alors les portes des bancs s'ouvrirent, et l'on vit s'avancer en chancelant plusieurs jeunes filles, les mains jointes, la tête penchée sur la poitrine et tremblant de tous leurs membres. Les chants continuaient toujours. Ces pauvres créatures approchèrent des bancs, et leurs sanglots et leurs gémissements commencèrent à se faire entendre. Elles s'assirent sur les *bancs d'anxiété*, l'hymne fut suspendu, et deux prêtres, descendant de la tribune, s'avancèrent, l'un à droite, l'autre à gauche du banc, et murmurèrent des paroles à l'oreille des jeunes filles qui tremblaient toujours. Ces paroles n'arrivaient pas jusqu'à nous; mais en ce moment, les cris et les sanglots s'accrurent d'une manière horrible. Ces faibles créatures, les traits altérés et couverts de pâleur, tombèrent à genoux sur des dalles, et bientôt leur visage alla frapper la terre. Des cris et des gémissements extraordinaires se faisaient entendre, et de temps en temps une voix s'écriait avec des accents convulsifs : — O Jésus, Jésus ! mon Sauveur ! venez à mon secours ! Et d'autres choses semblables. Cependant les deux prêtres continuaient à parler bas aux jeunes filles; de temps en temps ils montaient sur les bancs et ils annonçaient à l'auditoire de toute la force de leurs poumons que l'opération du salut s'accomplissait; alors, de toutes les parties de l'église s'élevaient ces cris brefs et perçants : Amen ! gloire ! amen ! pendant que les pénitentes, presque étendues sur le pavé, continuaient à recevoir des exhortations murmurées à leur oreille, et de temps en temps des caresses mystiques. Il faut le dire, plus d'une fois je vis le bras du prêtre passé autour du cou d'une jeune fille. Un grand nombre de ces créatures étaient en proie à d'*horribles convulsions*, et, quand le tumulte fut parvenu à son plus haut point, le prêtre qui était resté à la tribune entonna un hymne d'une voix forte, comme pour essayer de couvrir les cris des pénitentes. C'était un spectacle horrible de voir ces pauvres filles, à peine au matin de la vie, frappées de terreurs, livrées à d'affreuses convulsions, affaiblies et énervées pour toujours. Je remarquai une de ces faibles créatures, qui ne devait pas avoir plus de quatorze ans, soutenue dans les bras de ses compagnes plus âgées; son visage était couvert de la pâleur de la mort, ses yeux hagards étaient privés de tout sentiment, et des flots d'écume ruisselaient sur son menton et sur sa poitrine. Sur tous ses traits étaient empreintes les apparences d'un idiotisme complet. Un prêtre s'approcha, et, prenant la main délicate de cette convulsionnaire : — Jésus est avec elle ! Dieu soit béni ! dit-il froidement, et il passa.

»..... Est-il nécessaire de dire que les femmes seules obéirent à l'appel des prêtres, et vinrent s'asseoir sur les bancs d'anxiété, et que la plus grande partie étaient de très jeunes femmes? La congrégation avait revêtu ce jour-là ses habits de fête, et les dames les plus jolies et les plus élégantes de la ville assistaient à cette indigne cérémonie. »

Ce que raconte le même auteur touchant les *camp-meetings*, n'est pas moins intéressant. Mêmes scènes de terreur, convulsions, contorsions, délire, cris, etc., etc., tout ce qu'il faut pour caractériser la grande hystérie.

« On m'avait dit, raconte mistress Trollope[1], qu'assister à un camp-meeting c'était se trouver sur la porte du ciel et le voir ouvert devant soi; on m'avait dit, d'un autre côté, que c'était avoir franchi les portes de l'enfer et en contempler

1. T. I, p. 274 et suivantes.

toutes les horreurs : ce double renseignement avait piqué ma curiosité... Nous atteignîmes le lieu de la scène à onze heures du soir... Le terrain qu'on avait choisi était situé au milieu d'une forêt vierge. C'était une clairière d'environ vingt acres d'étendue qui semblait, au moins en partie, avoir été ménagée pour cette cérémonie. Tout autour et le long des bords de la forêt s'élevaient pressées les unes contre les autres, des tentes; un autre cercle était formé par les voitures et les charrettes de toute espèce qui avaient amené les spectateurs; et derrière ces charettes étaient attachés les chevaux qui les avaient traînées... Quatre échafaudages gigantesques, construits en forme d'autels, s'élevaient aux quatre coins de l'enceinte... Sur un des côtés on voyait une informe estrade préparée pour recevoir les prédicateurs. Il y en avait quinze à la tête de ce *meeting*. Sauf les courts intervalles réservés pour les repas et les actes de dévotion privée, ils se succédaient sans interruption sur cette estrade, et y prêchaient jour et nuit depuis le mardi jusqu'au samedi. Lorsque nous arrivâmes, les prédicateurs se taisaient; mais de toutes les tentes qui animaient la place s'échappaient des sons confus, mélange bizarre de prières, de déclamations, de chants et de gémissements...

» ... Cependant minuit arriva; le son du cor retentit dans le camp, et l'on nous apprit que c'était le signal qui appelait les fidèles autour de l'estrade. En effet, nous les vîmes sortir des tentes et accourir de tous les côtés.. .. Environ deux mille personnes composaient l'assemblée. Un des prédicateurs commença d'une voix basse et nasillarde. Il débuta, selon l'usage des méthodistes, par s'étendre sur la dépravation profonde de l'homme quand il sort des mains du Créateur, et sur sa parfaite sanctification quand il a assez longtemps et assez vigoureusement lutté avec le Seigneur pour s'emparer de lui, etc., etc... Les cris : *Amen! amen! Jésus! Jésus! gloire! gloire!* exprimaient à chaque instant l'admiration de l'auditoire. Mais cette tranquillité relative ne fut pas de longue durée. Bientôt le prédicateur, poursuivant son discours, leur apprit « que le temps était venu pour les pécheurs inquiets de lutter avec le Seigneur; que cette lutte devait avoir lieu cette nuit même »; que lui et ses frères « étaient là pour les aider », et qu'il fallait que ceux qui avaient besoin de leur secours s'avançassent dans le *pen*... Le *pen* était l'espace, qui s'étendait au pied de l'estrade; nous pûmes donc voir et entendre jusqu'aux moindres détails de cette scène étrange. Au mot de *pen*, la masse d'auditeurs qui était devant nous recula de manière à laisser un espace libre au pied de l'estrade. Les prédicateurs descendirent et vinrent se placer au milieu de cet espace, chantant un hymne et appelant à eux les pécheurs. Tout en chantant, ils parcouraient le cercle qui les entourait, et par degrés les voix de cette multitude se marièrent à la leur... L'exhortation des prêtres n'avait guère été que la répétition de ce que j'avais entendu au *revival*; mais l'effet fut tout différent. Au lieu d'un petit nombre de femmes, je vis plus de cent personnes, presque toutes femmes aussi, s'avancer vers le *pen*, poussant des gémissements si affreux que je tremble encore d'y penser. Elles semblaient se pousser mutuellement en avant; mais au mot *Prions!* prononcé par le prêtre, toutes tombèrent à genoux. Cependant elles quittèrent bientôt ces postures pour d'autres qui laissassent plus de liberté aux mouvements convulsifs de leurs membres, et bientôt je n'eus plus sous les yeux qu'une horrible confusion de têtes et de jambes s'agitant pêle-mêle sur le sol. Telle était la violence de ces mouvements que je craignais à chaque instant quelque accident sérieux, mais comment décrire les sons qui sortaient de cet amas confus de créatures humaines? Aucun mot de la langue ne saurait le rendre : hoquets hystériques, sanglots convulsifs, sourds gémissements, cris inarticulés, aigus, rapides, tout se confondait et se distinguait pourtant dans ce bruit affreux. J'étais malade d'horreur. Et comme si la voix ne leur eût pas suffi pour exprimer leur agitation, le bruit des mains violemment frappées l'une contre l'autre ne tarda pas à s'y joindre... Beaucoup de ces malheureuses créatures étaient de jeunes et belles filles. Les prêtres circulaient au milieu d'elles, excitant tour à tour et adoucissant

leur agonie. J'entendais les mots : « Ma sœur! ma chère sœur! murmurés à l'oreille de ces malheureuses victimes; je voyais des lèvres perfides toucher leur visage, je distinguais les paroles à peine articulées de leurs confessions, et la rougeur que produisaient sur leurs joues pâles les consolations à voix basse de leurs bourreaux... Les pénitentes ne s'en tenaient pas toutes aux gémissements inarticulés et à la confession à demi-voix; les paroles de quelques-unes se détachaient de temps en temps, sur cette basse confuse, en phrases sonores et distinctes, alors le comique le disputait à l'horrible. Les plaintes d'une très jolie fille agenouillée devant nous dans l'attitude de la Madeleine de Canova attirèrent principalement mon attention. Après avoir débité une quantité incroyable de jargon méthodiste, elle fondit en larmes et s'écria : » Anathème! Anathème sur les apostats! Écoute, écoute, ô Jésus! lorsque j'avais quinze ans, ma mère mourut et j'apostasiai. O Jésus! j'apostasiai! Réunis-moi à ma mère, ô Jésus! réunis-moi à ma mère, car je suis fatiguée! O John Mitchel! » Et après avoir sangloté dans ses mains, elle montra de nouveau sa figure charmante, pâle comme la mort : « Oh! quand serai-je assise sur le rivage de l'autre monde avec ma mère! ma mère! ma chère mère! » Qui aurait pu refuser une larme à ce désir passionné de la mort dans une créature si jeune et si belle! Mais le lendemain avant mon départ, je la vis, la main entrelacée dans la main, et la tête appuyée sur la poitrine d'un homme qu'on aurait pris pour don Juan, renvoyé sur cette terre comme un être d'une trop méchante nature pour vivre avec les démons eux-mêmes. Une autre femme, placée aussi près de nous, ne cessa pas une minute pendant plus de deux heures que nous fûmes là, d'*appeler le Seigneur* de toutes les forces de ses poumons. A la fin, elle s'enroua horriblement et sa figure devint si tendue et si rouge, que nous nous attendions à la rupture de quelque vaisseau. « Je veux m'attacher à Jésus! s'écriait-elle parmi d'autres folies; je veux me cramponner à lui et ne jamais le lâcher; ils auront beau vouloir m'entraîner en enfer, je tiendrai ferme, ferme, ferme! » Le chant des prêtres venait de temps en temps se mêler à cet épouvantable vacarme; mais les mouvements convulsifs des pauvres maniaques n'en devenaient que plus violents. A la fin, les choses en vinrent à un tel degré de grossièreté, que nous dûmes quitter la partie. Nous regagnâmes notre voiture vers trois heures du matin, et passâmes le reste de la nuit à écouter de loin le tumulte toujours croissant du *pen*, car il nous fut impossible de fermer l'œil. »

Les scènes que nous venons de décrire se reproduisent de nos jours et n'ont rien perdu de leur étrangeté et de leur intensité.

Les revivals irlandais, vers 1860, qui eurent lieu dans le nord de l'Irlande, à Belfast, à Ballymène, à Ballyclare, etc., nous fournissent au point de vue des rapprochements que nous établissons ici, de bien curieux détails.

A Ballyclare, sur le nombre de personnes atteintes, il faut compter 95 pour 100 appartenant au sexe féminin; la plupart d'entre elles sont des filles de fabrique soumises à une mauvaise hygiène. Dans la citation suivante que nous empruntons au docteur John Chapman, on remarquera que le début de la crise commençait par une sorte de léthargie avec perte de connaissance rappelant une des variétés de la première période ou période épileptoïde de la grande attaque. Au sortir de là, les convulsionnaires entraient dans une phase d'hallucination avec exclamations, délire et poses expressives, qui se rapproche en tous points de la troisième période de la grande attaque ou période des attitudes passionnelles. Les visions sont tantôt effrayantes, tantôt agréables. L'arc de cercle qui appartient à la période des contorsions y est également signalé. Enfin les crises étaient parfois suivies de mutité, de surdité, de cécité, ou de paralysies partielles. Ces accidents étaient passagers.

Voici ce que dit John Chapman au sujet des troubles physiques observés pendant les récents revivals américains et irlandais :

« Dans la plupart des cas, la personne atteinte est prise d'une violente angoisse morale, elle crie, sanglote, puis tombe dans des convulsions plus ou moins longues et plus ou moins violentes ; au sortir de cet état, elle éprouve une prostration physique très marquée et d'assez longue durée. Pendant un service religieux en plein air « la campagne couverte d'hommes et de femmes, retentissait de lamentations et de cris tels, qu'ils rappelaient à l'auteur des descriptions qu'il avait lues des champs de bataille ». La scène suivante avait lieu à Ballyclare : « Qu'on se figure une grande prairie couverte d'un immense concours de personnes affectant les attitudes les plus variées ; les unes priant, pleurant, criant miséricorde ; les autres étendues à terre, se laissant aller au découragement le plus complet, à peine capables de prononcer leurs prières et de demander leur pardon. » Les filles des moulins (*millgirls*) paraissent y avoir été prédisposées d'une façon spéciale : un matin « vers deux ou trois heures, environ vingt de ces jeunes filles sont atteintes coup sur coup : les unes perdent toute apparence de vie ; les autres poussent des cris épouvantables demandant merci. » Un bon nombre d'entre elles étaient incapables de marcher et l'on était obligé de les porter pour les ramener chez elles. Sur le nombre des personnes atteintes, 90 pour 100 (on dit même 95) appartiennent au sexe féminin. On trouve parmi elles un certain nombre de filles de fabrique, dont la nourriture se compose exclusivement de pain et de thé et qui travaillent treize heures par jour. Celles dont la constitution est plus délicate et plus épuisée sont plus facilement atteintes. Au sortir de leur accès d'abattement et après être restées quelque temps comme privées de tout sentiment, leur physionomie s'illumine et revêt une expression vraiment saisissante. Le cas suivant est un des plus curieux observés sur les revivalistes irlandais : « Une jeune femme couchée à terre, étendue de tout son long, les yeux clos, les mains jointes et élevées, *le corps courbé en arrière par un spasme si violent qu'il ressemblait à une voûte, reposant sur les pieds et la partie postérieure de la tête,* resta dans cette position sans mot dire pendant plusieurs minutes, puis tout d'un coup poussa un cri terrible et s'arracha une poignée de cheveux. Étendant ses mains ouvertes et dans l'attitude du plus violent effroi, elle s'écriait : « Oh ! quel affreux abîme ! Seigneur Jésus, sauve moi ! etc. » Frémissante de terreur et reculant devant quelque horrible vision, elle tomba enfin, sans force et sans mouvement, comme morte. »

« Presque toutes les jeunes filles, en ce moment atteintes à Belfort, dit Archdeacon Stopfort, *ont des visions* et seraient fort désappointées de n'en point avoir. Elles croiraient que l'œuvre divine n'est pas complète et prieraient pour retomber dans le même état. » Ces visions sont naturellement toutes de même ordre. Le Christ apparaît dans sa gloire et comble la pécheresse de faveurs spéciales qui varient suivant les sujets. A l'une il se présenta avec « une robe de gloire » et l'en ayant vêtue, il la conduisit par la main « au trône de Dieu » et prit place à côté d'elle. A une autre, il apparut « entouré d'un glorieux cortège, à la tête d'une longue suite de justes », et levant les mains vers la visionnaire, il lui montra dans leur intérieur son nom à elle gravé. Quelques-unes tombent en extase et dans cet état indiquent le moment de leur retour à l'état normal. On rapporte un cas de clairvoyance. Il en est qui deviennent muettes ; on parle d'une jeune fille qui pendant trois semaines perdit ainsi l'usage de la parole. D'autres devinrent sourdes et aveugles. « La durée de ces accidents, dit un correspondant d'Archdeacon Stopfort, n'a point de règle, mais leur apparition et leur disparition étaient, je pense, toujours prédites par les malades... La perte de l'ouïe et de la vision survenait généralement alors que les sujets étaient déjà privés de la parole et pour peu de temps seulement. » On n'a pas cherché à appuyer ces faits sur de sérieux témoignages. « Il est vrai que ceux qui étaient présents et les partisans des revivals sont tellement

convaincus de la réalité de tous ces phénomènes et de leur nature miraculeuse, qu'il n'éprouvent aucune hésitation à les affirmer. » Le même observateur vit plusieurs exemples de paralysie transitoire, qui intéressait dans un cas les deux mains dans un autre le bras droit, et dans le troisième tout un côté. Une jeune fille qu'il connut avait eu soixante-dix attaques et jusqu'à sept en un jour, elle avait perdu la parole et l'usage de ses membres[1]. »

Le petit livre[2] du Rév. Samuel J. Moore nous donne d'intéressants détails sur le revival de Ballymène dont il fut un des promoteurs.

Dans un paragraphe spécial consacré aux caractères médicaux, on trouve signalé le tremblement de tout le corps, la suffocation, le délire avec désespoir et prostration ; les accès laissaient après eux une faiblesse générale, de l'anorexie, et parfois une faiblesse générale. Mais le plus curieux est de voir plus loin sous la rubrique « *aspects mentaux* », le même auteur citer l'exaltation de la mémoire et de l'imagination pendant l'accès, et se livrer à une description que nous pourrions rapporter fort exactement à la troisième période de la grande attaque, avec les attitudes expressives qui la caractérisent et les hallucinations qui appartiennent le plus souvent à deux ordres d'idées différentes se remplaçant et se succédant dans une même crise, l'ordre gai et l'ordre triste.

« *Les caractères médicaux.* — Lorsque la conviction (la conviction du péché, *conviction of sin*[3]) par ses progrès dans l'esprit des fidèles, a atteint son apogée, on les voit abattus, devenir incapables de demeurer debout ou assis, et ils s'agenouillent ou même se couchent. Un grand nombre de pénitents, dans cette ville et dans ses environs et aussi, je pense, dans tout le Nord où les revivals ont lieu, sont jetés à terre soudainement, et tombent sans force et sans mouvement comme s'ils avaient été atteints d'un coup de fusil. Quelques-uns font entendre dans leur chute un profond gémissement, d'autres un cri épouvantable; le plus grand nombre pousse des exclamations suppliantes : « Seigneur Jésus, ayez pitié de mon âme ! » Le corps entier s'agite comme une feuille de tremble, une sensation de pesanteur intélorable oppresse la poitrine, la suffocation survient et c'est dans de pressantes prières faites à haute voix que les pécheurs cherchent la délivrance d'un semblable état. D'ordinaire l'angoisse morale et la prostration physique persistent jusqu'à ce que le Christ leur ait apporté quelque consolation. Alors le regard, la voix, les gestes changent soudain; l'expression d'angoisse et de désespoir fait place à une expression de gratitude, de triomphe et d'adoration. On voit à leurs regards, à leurs paroles, à leurs supplications désespérées, à leurs gestes expressifs, qu'ils soutiennent la grande lutte contre le vieux serpent, ainsi qu'eux-mêmes le déclarent ensuite. La sueur coule sur ces malheureuses victimes, leurs cheveux en sont mouillés. Il en est qui passent plusieurs fois par cet affreux état, d'autres ne l'éprouvent qu'une fois. L'appétit est perdu et beaucoup ne prennent aucune nourriture pendant plusieurs jours. Ils ne dorment pas, bien qu'ils puissent avoir les yeux clos. Lorsqu'ils sont en partie revenus à leur état normal, ils ne peuvent prendre qu'une quantité de nourriture insuffisante et de là vient, je présume, pour un certain nombre d'entre eux,

1. John Chapman, *loc. cit.*, p. 32.
2. *The history and prominent characteristics of the present revival in Ballymena and its neighbourhood*, by the Rev. Samuel J. Moore. Ballymena 1859.
3. Une des premières conditions equises chez les pénitents pour voir se produire sur eux les effets que l'on recherchait ans les revivals, était cette conviction profonde qu'ils étaient grands pécheurs.

l'état de faiblesse et d'impuissance qui les met dans une impossibilité de travailler dont se plaignent leurs parents et leurs maîtres... J'ai vu une personne qui a été entièrement privée de la parole pendant trois heures dans une circonstance, et pendant environ six heures dans une autre. Hier je vis une jeune fille qui venait d'être muette pendant vingt-quatre heures. Aujourd'hui même j'ai visité une troisième personne qui, pendant ces six dernières semaines, ne put prononcer un seul mot. Il y a de grandes variétés dans ces troubles physiques.

» *Les aspects mentaux.* — Il n'y a pas seulement une illumination intérieure qui montre le péché sous ses vraies couleurs, la vérité dans sa splendeur et l'erreur dans sa difformité; mais il y a une exaltation de la mémoire et de l'imagination qui élève ses facultés bien au-dessus de leur niveau habituel. Les péchés depuis longtemps oubliés reviennent à l'esprit avec une étonnante vivacité, ainsi que les instructions, les promesses, et autres passages de la Parole divine qui ont été lus ou entendus dans la jeunesse sans avoir été rappelés depuis, ou bien encore qui, après avoir été, dans ces dernières années, lus d'une façon incomplète, à cause de l'insuffisance de l'éducation, sont repris et répétés avec une rigueur, une exactitude, une abondance, et une justesse d'interprétation vraiment remarquables. Citer un dixième même de ces passages remplis de louanges ou de promesses, les réciter dans leurs prières, serait, pour les personnes dont il s'agit, d'une impossibilité absolue, lorsqu'elles ne sont pas sous l'action divine, aussi bien la veille de leur accès que deux ou trois jours après. De pauvres et malheureuses créatures, sans instruction, qui auparavant étaient incapables de dire le nom du Sauveur des pécheurs, ou quelques mots seulement sur les conditions du salut ou sur les si douces promesses du glorieux Évangile, parlent avec une humble, douce et sainte familiarité de Lui, de son caractère, de ses promesses. Oh! comme nous comprenons maintenant cette parole du Christ à ses disciples : « Mon esprit vous dirigera dans tout, et ravivera votre souvenir, quoi que ce soit que je vous aie dit! » Aussi combien sont belles et glorieuses les pensées de la plupart des converties sur le Christ; leurs âmes sont éclairées et entraînées vers lui, aussi pures que radieuses. Une expression ravissante d'amour céleste se peint sur leur figure naturellement calme, et d'ordinaire y répand une douceur, un charme qui dépassent de beaucoup le plus amoureux sourire du plus amoureux visage. Leurs mains sont levées comme pour inviter le Bien-Aimé à venir, ou elles les ramènent énergiquement contre leur cœur. Dans ces moments, le sentiment qui les pénètre, soit qu'elles l'expriment ou demeurent silencieuses, est celui-ci : « Oh! mon doux Jésus! Mon bien-aimé est à moi et je suis à lui! dites-moi, vous, sœurs de Jérusalem, est-il un bien-aimé qui égale mon bien-aimé! » Suivent quelques hymnes d'une expression douce ou le passage favori d'un chant sacré, exprimés d'une façon qui ne laisse rien à désirer et pour les paroles, et pour la musique. D'autres, de nature poétique ou versées dans les règles de la poésie, composent des vers pendant leurs visions. De semblables morceaux improvisés, ainsi que j'en ai observé, ont peu de véritable poésie, mais renferment véritablement un grand amour pour le Christ et des sentiments d'admiration exaltée pour quelques chrétiens favorisés.

» Un caractère physique très remarquable, fort développé chez quelques sujets, particulièrement chez les femmes, et qui sert à rendre sensibles pour ceux qui sont présents les scènes toutes célestes auxquelles les visionnaires prennent part, est le suivant : Il n'est pas un geste, pas un mouvement de la tête ou des mains de l'inspirée qui ne soit un modèle de grâce et de perfection, bien que d'ordinaire ce soit une personne sans instruction et naturellement gauche et maladroite. D'où vient cela? La puissance transformatrice est dans la vue de Jésus tel qu'Il est... Cette vision heureuse est souvent interrompue, sans doute par quelque action perturbatrice, et alors l'attitude exprime le courroux, les mains sont agitées avec violence, comme pour répondre à un personnage importun, et l'on entend les paroles suivantes ou autres semblables : « Non je ne veux pas; je ne veux pas aller avec vous, allez-vous-en,

allez-vous-en ! » Parfois la lutte avec l'ennemi est affreuse, elle met à l'agonie l'esprit et le corps, et lorsque la délivrance survient, le triomphe a tous les caractères de l'extase.

Le caractère épidémique ou contagieux de cet étrange assemblage de maladies, dit le docteur Chapman en parlant des troubles physiques occasionnés par les revivals, n'est pas douteux.

Ils se propagent au loin avec plus de rapidité que les maladies exanthématiques (petite vérole, rougeole, fièvre scarlatine, etc.); mais ils en diffèrent par ce caractère important. Tandis que les fièvres éruptives récidivent très rarement et qu'une première atteinte crée chez la personne qui en a été victime une sorte d'immunité à leur endroit pour le restant de ses jours, les maladies dont nous nous occupons se répètent habituellement chez la même personne, et le danger qu'elles font courir augmente avec chaque attaque nouvelle. Nous avons dit que les secousses se montrèrent pour la première fois au « meeting sacramentel » dans l'est de Tennessee; dans le même jour plusieurs centaines de personnes de tout âge et des deux sexes furent prises sans distinction de ces mouvements involontaires. De là, la maladie « s'étendit rapidement dans toutes les directions ». Elle atteignit non seulement les fidèles pénitents ou ceux dont les sentiments religieux étaient vivement exaltés, mais aussi des incroyants et des impies qui faisaient opposition au mouvement revivaliste. « Les personnes qu'un simple sentiment de curiosité poussait à assister aux réunions où se produisaient les attaques de secousses, se trouvaient souvent saisies du même mal, et de retour chez elles, elles le communiquaient à la population au milieu de laquelle elles vivaient. » Parfois la moindre émotion provoquait un accès; plusieurs jeunes femmes avaient des attaques à la vue seule d'une personne déjà atteinte. On était tellement convaincu que la maladie était contagieuse, qu'un certain nombre de personnes ne voulut plus assister aux pratiques publiques du culte. En Irlande, la maladie du revival est regardée comme contagieuse par le vulgaire : « Elle la prit et en fut bien malade » dit l'un; « Qu'a-t-elle? » demande-t-on. « Oh! la maladie du revival » répond-on. « J'ai un frère et deux sœurs, dit un autre, et aucun de nous n'a été atteint. » etc... Une jeune fille, à qui l'on avait adressé des reproches dit en plaisantant qu'elle assisterait à une assemblée religieuse et qu'elle y prendrait la maladie du revival; et de fait, il en fut ainsi; elle devint une des clairvoyantes dont nous avons parlé. Pendant le revival d'Irlande, de même que dans celui d'Amérique dont il a été question, plusieurs personnes furent saisies des accidents nerveux habituels sans y avoir été prédisposées par les terreurs religieuses ou par cet état mental obligé qui prend sa source dans le sentiment et l'horreur du péché. Il nous est impossible d'établir quelle est la proportion des gens atteints de troubles physiques parmi les assistants aux derniers revivals; mais d'après les différentes recherches faites au sujet du dernier revival irlandais, nous inclinons à porter 25 p. 100 le nombre des gens atteints par la maladie dont il s'agit, ou par une ou plusieurs de ses diverses formes [1]. »

Enfin, un dernier caractère qui n'est pas sans importance au sujet du rapprochement que nous cherchons à établir ici, est, au milieu de troubles nerveux si variés, la rareté de l'aliénation mentale. « Le dernier et le plus terrible, dit le docteur Chapman, mais heureusement *le plus rare des symptômes que nous avons à signaler est la folie.* » Et il en cite quelques exemples. Le nombre relativement restreint de ces faits démontre d'une

1. John Chapman, *loc. cit.*, p. 33.

façon péremptoire que, de même que la grande hystérie, la névrose qui sévissait dans les revivals ne saurait compter au nombre des manifestations ordinaires de l'aliénation mentale.

L'auteur anglais résume ainsi les symptômes observés :

Les symptômes que nous avons énumérés peuvent être résumés ainsi qu'il suit : cris affreux, chutes à terre, suffocation, oppression, respiration haletante, tremblement, douleurs dans certaines parties du corps, convulsions, secousses, sauts, tournoiements, danse, évanouissement, stupeur, insensibilité, catalepsie, extase, visions, clairvoyance, perte temporaire de la parole, de l'ouïe et de la vision, paralysie transitoire de diverses parties du corps, hémiplégie, paraplégie, enfin aliénation mentale. Ainsi que nous l'avons dit, la maladie est épidémique, elle se propage très rapidement par la seule vue des personnes atteintes, enfin elle est suivie généralement d'une grande prostration et d'un faiblesse générale.

En passant en revue tous ces symptômes variés, nous n'éprouvons aucune hésitation pour désigner la névrose qu'ils caractérisent sous son véritable nom et qui ne saurait être autre que l'hystérie.

Notre opinion ne diffère point de celle du médecin anglais, mais nous espérons, par ces *Études* sur la grande hystérie, y avoir apporté un nouvel appoint.

EXTASE RELIGIEUSE ÉPIDÉMIQUE QUI RÉGNAIT EN SUÈDE EN 1841 ET 1842

Vers le commencement de l'année 1841 s'est manifestée, parmi les habitants des campagnes des parties centrales de la Suède, une épidémie d'extase religieuse mêlée de convulsions, dont les analogies avec les symptômes de la grande hystérie sont vraiment saisissantes.

J'emprunte les détails suivants au mémoire[2] du docteur C. A. Sonden, médecin de l'hôpital des aliénés à Stockholm.

En général, cette forme de maladie singulière et épidémique se distinguait essentiellement par deux symptômes saillants et remarquables : l'un physique, et consistant en une attaque spasmodique, des contractions involontaires, des contorsions, etc. ; l'autre psychique (mental), consistant en une extase plus ou moins involontaire, pendant laquelle le malade croit voir ou entendre des choses divines, surnaturelles, et est forcé d'en parler, ou, comme on le dit parmi le peuple, de prêcher, bien que l'un et l'autre symptôme varient un peu dans les cas particuliers. Les variations étaient cependant si insignifiantes, qu'on reconnaissait toujours que les symptômes étaient au fond les mêmes.

Le spasme consistait essentiellement dans des *tressaillements convulsifs, des contorsions hideuses ou ridiculement défigurantes des muscles du visage*, du corps, surtout des extrémités, le plus souvent des épaules, quelquefois des *bonds* et des *sauts* souvent si impétueux, que le malade ne pouvait se tenir assis sur une chaise, ni rester dans son lit.

1. Voy. *Gaz. méd. Paris*, 1843, p. 555.

Tout ce qui affectait d'une manière désagréable l'esprit ou la fantaisie du malade provoquait ou augmentait singulièrement ces contorsions. Un seul mot que le malade regardait comme impie... occasionnait à l'instant ces contorsions. Du reste elles arrivaient à des intervalles irréguliers, la plupart du temps quand des étrangers étonnés se trouvaient présents, sans cela moins souvent, rarement quand le malade était seul, et presque jamais la nuit. Je ne sache pas qu'aucun malade se soit plaint d'avoir ressenti de la douleur, excepté une femme, qui, la première, fut attaquée de la maladie, cas dont on connaît parfaitement les détails. Quelques-uns éprouvaient bien un peu d'indisposition pendant les signes précurseurs; mais la majeure partie ne ressentait aucun mal pendant les accès; ils semblaient au contraire ne s'être jamais mieux portés. Le peuple envisageait le spasme comme un signe infaillible de la présence du Saint-Esprit dans le corps du malade et comme une preuve de la difformité du péché.

Le symptôme psychique est caractérisé par une suspension ou une altération plus ou moins complète de l'usage habituel des sens... L'activité de l'imagination se manifeste alors par une *loquacité irrésistible et par une manie croissante à vouloir prêcher la parole de Dieu, par des visions et des prophéties*. Cet accès prenait également à des intervalles irréguliers et était le plus souvent *précédé, accompagné et suivi de symptômes de spasme*... La plupart des médecins qui ont vu ces paroxysmes les ont assimilés au somnambulisme ou sommeil magnétique, sans qu'aucun d'eux ait cru pouvoir déclarer positivement que lesdits paroxysmes appartiennent à cet état. Les discours ou sermons roulaient toujours sur des sujets religieux, ainsi que l'indique la dénomination devenue populaire de *maladie de prédication;* c'étaient des exhortations aux pêcheurs à se convertir, des condamnations lancées contre toute espèce d'immoralité, contre l'ivrognerie, les jurements, etc.; mais aussi et le plus souvent, les emportements des prédicateurs se dirigeaient contre des plaisirs entièrement innocents, tels que la danse, les jeux, ou contre de simples objets de parure, comme les peignes brillants, les boutons, les pendants d'oreilles, les vêtements rouges et autres futilités; *bien des fois les malades parlaient des visions qu'ils avaient dans le ciel et aux enfers, des anges*, etc.; ils prédisaient aussi la fin du monde et le jugement dernier, ou le jour de leur propre mort, toujours avec la prétention de faire passer leurs prédictions pour de saintes prophéties, qui toutes cependant avaient le commun défaut de ne pas s'acccomplir... Pendant les paroxysmes, les yeux des malades brillaient d'un éclat extraordinaire, mêlé souvent d'égarement, les gestes les plus singuliers accompagnaient la déclamation; l'imagination n'était cependant pas toujours échauffée; toutes les fois qu'elle l'était, le débit était d'un pathétique original, soit que le sermon fut modéré, ou, comme il arrivait ordinairement, qu'il fût rempli de malédictions ou de menaces de l'enfer.

... Le plus ordinairement le paroxysme se manifestait subitement et presque dans toute son intensité comme par enchantement. Cependant il se montrait parfois des *préludes plus ou moins prolongés*, qui consistaient en une forte sensation d'inquiétude et de repentir, une oppression ou douleur légère dans la tête et les membres, une respiration difficile, peu d'appétit, une souffrance et un feu dans la poitrine, de la disposition à avoir des évanouissements et de légères défaillances, un malaise général, un commencement d'incapacité à mouvoir à volonté la tête, les bras et les les jambes, une humeur capricieuse, etc. Le visage rougissait et pâlissait alternativement, l'expression des yeux changeait et devenait ordinairement plus vive. L'irruption de la maladie se manifestait par des spasmes et l'extase mentale mentionnés.

Il y avait plusieurs degrés dans l'intensité des paroxysmes qui présentaient toujours les mêmes caractères. La succession des phénomènes se trouve clairement indiquée dans la description des paroxysmes les plus intenses. Le degré le plus élevé, dit Sonden, serait l'état où se trouvent les malades après une attaque de con-

vulsion, lorsqu'ils tombent soudain sans connaissance, ou, selon un témoin oculaire, presque *comme s'ils avaient le mal caduc*, et restent plus ou moins de temps dans un état d'assoupissement ou d'absence des sens; et pendant l'attaque ils sont tantôt parfaitement tranquilles et comme profondément endormis, et tantôt ils continuent à avoir des contorsions, frappent des mains, soupirent, rient, et ainsi de suite; puis ils reprennent l'usage de leurs sens, comme s'ils se réveillaient d'un rêve et racontent alors qu'ils ont eu des visions surnaturelles et débitent des prophéties... ils voyaient le lieu de supplice des condamnés et le repas des élus à la table de Dieu; ils prédisaient la fin du monde, et ainsi de suite.

Le docteur Sonden insiste ensuite sur la distinction qu'il établit entre la maladie en question et les autres maladies mentales. Il serait tout à fait erroné, dit-il, de considérer les maladies mentales d'autre espèce comme la manie la mélancolie et la démence, dans lesquelles tombent parfois ces malades, comme des degrés plus élevés de la même maladie. Celle-ci alors a dégénéré de son origine véritable, et est devenu ensuite une autre maladie mentale ordinairement chronique, d'un caractère particulier.

On ne saurait mieux dire en ce qui concerne le pronostic de la grande hystérie.

Ce sont surtout des individus jeunes et des femmes qui ont présenté des exemples de cette maladie : il paraît que, hormis le premier malade, une femme depuis longtemps exclusivement adonnée aux idées et aux pratiques religieuses, la maladie se gagnait toujours par imitation, et ne se montrait guère la nuit ni dans la solitude. Les malades ne présentaient du reste aucun trouble dans leur santé générale et aucune modification des autres fonctions. Au moment où écrivait le docteur Sonden, plusieurs milliers d'individus avaient déjà présenté ces accidents, et l'épidémie, bien qu'elle allât en s'affaiblissant, n'était point encore éteinte.

Il paraît que l'on eut beaucoup de peine à persuader aux habitants que ces manifestations singulières n'étaient en aucune façon la conséquence d'une action surnaturelle, mais bien le fait d'une véritable maladie, et que ce qui contribua le plus à convaincre la multitude fut le non-accomplissement de toutes les prophéties que débitaient les exaltés.

Les circonstances dans lesquelles le médecin suédois semble porté à chercher la cause du mal sont : l'ignorance du peuple et l'influence qu'exerçaient sur lui, depuis quelque temps, des sectes religieuses et fanatiques, l'abus général des alcooliques et l'alimentation insuffisante qui était résultée de quelques années de mauvaise récolte.

QUATRIÈME SECTION

EXTATIQUES

Nous avons vu l'extase se mêler aux agitations des possédés et des convulsionnaires,

Quand elle se montre isolée, elle n'en revêt pas moins des caractères qui

nous permettent de relever les analogies qu'elle présente avec une des variétés de l'attaque de grande hystérie, formée surtout au dépens de la période des attitudes passionnelles.

Je me contenterai de citer les trois faits suivants.

L'un, qui appartient au XIIIe siècle, est un exemple d'extase cataleptique dans lequel l'insensibilité à la douleur, pendant l'accès, est surabondamment prouvée.

Les deux autres appartiennent au XIXe siècle. Les accès extatiques se composent d'une suite d'attitudes passionnelles accompagnées d'hallucinations, et, par suite, offrent les plus grandes analogies avec la troisième période de la grande attaque hystérique.

VIE DE DOUCELINE (1274)

En nom de N.-S. commence la vie de bienheureuse Douceline, mère des dames de Rohaut. Le premier chapitre est de sa vie en habit séculier et de son commencement, quant à ses parents.

Un homme fut dans la cité de Digne, grand et riche marchand, lequel avait nom Bérenger. Celui-ci eut une femme du nom d'Hugue, qui était de Barjols (Var, arr. de Brignoles), femme de vérité (foi); et tous deux furent bons et droituriers en la loi de N. S.; ils vivaient justement et saintement dans leur état, et loyalement gardaient et remplissaient les mandements de Dieu, car avec grande piété et miséricorde accueillaient les pauvres, et servaient les malades et les gens mal aisés, en leur hôtel, et leur administraient de leurs choses (biens) largement avec grande compassion, et en leurs saintes œuvres de piété dépensaient ce que Dieu leur donnait. Car, selon la garantie du Christ, témoignage de vérité : « De bonne racine sort bon arbre, et tous les fruits en sont bons »; les parents en effet étaient vrais fidèles; les enfants furent bons, *droituriers* et saints, qui, par la grande largesse de la bonté de Dieu, furent faits de ces bons parents. Car ils vivaient saintement; et ils portèrent pour leur sainteté deux grandes lumières à Notre-Seigneur, qui resplendirent et la nuit et le jour, c'est à savoir frère Hugues de Digne de *révérende* mémoire, lequel fut frère mineur et en l'ordre de *Saint-François* moult ardent prédicateur de la vérité de Christ, et fut sa prédicatiou *luisante* et échauffante ainsi comme le soleil, car avec grande merveille convertissait les gens à servir Dieu et à laisser le monde; car par clarté de vie et par perfection, aux pécheurs comme aux *droituriers* luirent les deux et furent splendeur de toute sainteté, et par exemples de vérité resplendirent et allumèrent état de sainte pénitence. La seconde lumière, non moins luisante par sa sainteté de vie, fut madame sainte Douceline de Digne, laquelle fut moult douce et digne, parce que Dieu la visita en bénédictions de douceur. En l'âge d'enfance quand ne savait encore oraisons ni lettres, au temps qu'ils habitaient au château de Barjols, par enseignement de Dieu, elle s'en allait sur les terrasses de l'*auberge* de son père, et dessus les petites pierres qu'elle trouvait, elle se mettait ses genoux nus, et joignait ses mains, et regardait au-dessus dans le ciel, et ne savait chose (*rem*, ren, rien) dire; ce n'en était pas moins (m. à m. pas plus) une preuve que Dieu faisait d'elle, du grand exercice d'oraison qu'elle devait avoir; et montrait (la) grâce de contemplation merveilleuse qu'elle devait faire au

1. *Recueils d'anciens textes bas-latins, provençaux et français,* publiés par Paul Meyer. Paris, F. Veiweg, 1871, p. 142.

ciel; car avant qu'elle sût bien parler, faisait signe d'oraison et preuve de contemplation au ciel, ainsi comme devait droitement tendre son cœur purement à Dieu. Plus elle croissait en entendement, plus elle se donnait à prier Dieu et à oraison. Et quand ils la pensaient trouver jouant avec les autres enfants et l'allaient cherchant, ils la trouvaient cachée pour prier Dieu en les plus secrets lieux de l'hôtel. Elle cherchait volontiers lieux solitaires où elle pût prier, et, le plus qu'elle pouvait, se cachait pour qu'elle ne fût vue en oraison.

Chaque jour cette vierge allait de bien en mieux; et ainsi quand elle croissait en âge, elle croissait en vertus et en bonnes coutumes (habitudes). Elle était de grande obéissance au père et à la mère, et volontiers faisait leurs mandements. Quand la mère fut morte, ils se transportèrent à Hyères, et désormais y habitèrent toujours. Le père voulut qu'elle servît les pauvres qu'il avait coutume, par amour de Dieu, de tenir en son hôtel, et les malades et les *mal aisés* qu'il trouvait par les rues et les routes, le bonhomme les lui amenait en disant : « Fille, je t'amène et je t'apporte gain. » Elle les recevait allègrement avec grande humilité, obéissant au mandement du père, et les administrait avec grande dévotion, et ne craignait pas de soumettre son corps à tous services dont ils eussent besoin. Celle-ci, par amour du seigneur leur lavait les pieds, leur tirait la vermine des jambes et de la tête *moult* souvent, et curait leurs plaies. Plus ils étaient horribles et frappés de graves maladies et de plaies, plus fort elle s'encourageait à les servir, plus fort elle les curait et avec grande charité; quand ils ne pouvaient aller, elle les portait... Moult fois elle était suspendue en si grand soulèvement de contemplation qu'elle était ravie par l'espace d'un jour, et sentant en cet état surhumains sentiments, elle ne connaissait ni ne sentait rien de ce qu'on lui fit autour. Moult fois ceci prouvèrent *aucunes* personnes par moult preuves qu'ils lui faisaient quand ils la voyoient tant désirée en ce ravissement, si bien qu'ils la tiraient et la secouaient (soissidavan-suscitabant, secouaient pour éveiller) moult fort; et même ils lui faisaient moult afflictions (tortures) qui ne la pouvaient mouvoir. *Aucunes* fois elle se sentait suspendue en haut si bien qu'elle ne se soutenait (sufria-souffrait, subferebat) à rien, ni touchait de pied en terre, mais seulement des deux orteils majeur (gros orteils), si bien que tellement fort était élevée en haut en l'air, soutenue (suferta, participe de sufria) par la force de ce merveilleux ravissement; si bien qu'entre elle et la terre avait d'espace bien une palme, au point que moult fois, étant en ce ravissement, on lui baisait les soles sous les pieds...

Ainsi une dame qui avait nom Béatrix était venue d'autre terre pour servir Dieu à l'exemple de la sainte mère, et être de son état; et elle affirmait par vérité qu'elle avait mesuré de ses mains propres l'espace auquel la sainte mère se tenait au-dessus de terre en un ravissement, qu'elle lui avait vu en l'église des Frères lors d'une fête de N. Dame où elle avait communié en une chapelle de Sainte-Cécile; tout son corps était suspendu si bien que l'un des pieds ne touchait en terre que sur l'espace d'un dour (1/4 d'un pied), et de l'autre elle ne s'appuyait que du sommet de la pointe du pied ou de l'orteil majeur; et elle resta ainsi depuis l'heure de sa communion jusqu'au soir, près de complies. Moult autres personnes virent l'espace qui était entre elle et terre en ce ravissement, et le mesurèrent de leurs propres mains par diverses fois, et souvent il arriva qu'étant en ce ravissement on lui baisait la sole des pieds par grande dévotion, comme est susdit.

De nombreuses manières se prouve la certitude de son vrai ravissement, car aucunes personnes pour le plus fortement prouver, lui plantaient alênes et la piquaient avec aiguille, quoiqu'elle n'en sentît et ne s'en remuât seulement pas. Une fois elle était ravie dans l'église des frères et une personne s'approcha d'elle, car elle doutait de la vérité de ce ravissement; elle tira une *greffe* (*graphium*, stylet pour écrire, s'ouvrant et se fermant, tout ouvert il a de 20 à 22 centim.) qu'elle portait et le lui planta méchamment, et oncques la sainte mère ne s'en mut ni rien n'en sentit; et trouvait-on après les bleus et les fières piqûres qu'ils lui avaient faites, tellement que la sainte, quand elle était *retournée* (revenue à elle), en sen-

tait après moult fois grande douleur et grand affligement, jà soit que (bien que) elle ne s'en plaignît.

La première fois que le roi Charles (d'Anjou, roi de Sicile, frère de Louis IX) la vit ravie, il voulut éprouver si c'était vrai ravissement. Ce fut au temps qu'il était comte de Provence ; et le prouva en cette manière qu'il fit liquéfier grande quantité de plomb, et devant lui le fit jeter tout bouillant sur les pieds tout *déchaux* (déchaussés) et oncques rien n'en sentit ; ce quoi le roi la prit en tel amour qu'il en fit sa commère ; mais après, quand elle fut retournée de ce saint ravissement, sentit moult grande douleur aux pieds et si fière angoisse qu'elle ne la put souffrir, et en fut très malade, si bien qu'elle ne pouvait marcher quand elle revenait de ces hauts ravissements.

Au temps que le roi Charles était comte de Provence, le pape, par ordre de Dieu, lui proposa de prendre le royaume de Sicile. Adonc le comte fut en grand pourpensement comme il prendrait cette affaire que tous les rois avaient refusée (m. à m. *suranné*); et par l'amour et la grande révérence qu'il avait à la sainte, lui demanda conseil; la sainte femme l'encouragea fort, disant que sûrement il prît l'affaire qui lui était présentée par la volonté de Dieu; et ne craignît rien, puisque le Seigneur voudrait faire de lui le champion de son église ; et qu'il sût pour certain qu'il aurait victoire et lèverait le camp avec l'aide du Seigneur et de la Madone, et du gonfalonier du Christ Monseigneur Saint François. Pour ce conviendrait qu'il prît soin, après ce que Dieu ferait par lui et en lui, qu'il ne s'en élevât par orgueil, ni fît comme le premier roi du peuple d'Israël, qui en fut méconnaissant; si cela était, Dieu le réprouverait, ainsi qu'il réprouva Saül du royaume. Adonc le comte prit l'affaire par le conseil de la sainte, se recommanda fort à ses oraisons, et espéra fermement avoir la victoire que la sainte mère lui avait promise. Et il advint qu'il gagna le royaume, et eut victoire des ennemis de l'église de Dieu, tout ainsi que la sainte femme le lui avait dit auparavant; et quand il eut prouvé si manifestement l'esprit de la sainte et la vérité de ses paroles, il eut en elle moult grande dévotion, et l'eut par devant en plus grande révérence. Aussi lui mandait-elle aucunes fois et lui faisait savoir par ses lettres que Dieu se tenait pour mal payé de lui, qu'il était appareillé aucunes fois de le punir; disant qu'encore avait d'autres verges en son verger avec quoi il le punirait; que, s'il n'y prenait garde, par péché de méconnaissance serait gravement puni, car Dieu mettrait sa lourde main sur lui; et lui mandait mille choses secrètes et abscouses, dont le roi s'émerveillait fort comme elle pouvait savoir. Ainsi lui faisait-elle savoir moult fois les choses qui lui devaient advenir, avant que cela fût, et en tout il trouvait qu'il advenait comme elle le lui avait dit auparavant; et enfin il arriva que tout se termina comme elle avait dit; tant qu'il usa de la crainte de Dieu toutes ses affaires aboutirent bien, et Dieu travaillait moult grandes œuvres pour lui; de laquelle chose tant qu'elle vécut, la sainte l'en tenait remembrant (anglais *remember*) mandant souvent par lettres comme elle s'émerveillait si fort des grandes choses que Dieu faisait en lui, et elle redoutait moult qu'il n'en fût méconnaissant, et si cela arrivait, en tout lui prendrait mal, et il perdrait gravement qu'elle le lui faisait savoir pour certain.

Après un peu de temps, quand la sainte femme fut morte, ne se remembrant (ressouvenant) pas de la crainte de Dieu, comme il le devait, il ne tarda guère à être défait par le roi d'Aragon et son frère, et lui nuit grande guerre et fut en grand travail, si bien que son fils fut pris et mis en grande prison, dont le roi fut tant travaillé et eut tant de douleur que le cœur lui partit et il mourut déshérité et rejeté de son royaume.

MARIE DE MŒRL (1834)

J'emprunterai la relation suivante au remarquable article de Cerise sur le rôle des émotions dans la vie de la femme. En dehors des crises extatiques, Marie de Moerl avait présenté des signes non douteux d'hystérie. Pendant les extases, les poses expressives se mettaient en harmonie avec les diverses hallucinations qui, suivant les circonstances et les préoccupations du moment, s'imposaient à son esprit. Les analogies qui existent entre ces scènes variées de l'extase et les *attitudes passionnelles* de la grande attaque hystérique sont si saisissantes, que celles-là paraissent être l'expression la plus parfaite et la plus élevée de celles-ci; dans ce cas particulier l'extase reproduit par une mimique expressive les événements les plus tragiques de la Passion et jusqu'à l'image même de la mort.

Marie de Moerl est née le 16 octobre 1812, d'une famille noble, mais peu aisée. Elle fut dans son enfance sujette à plusieurs affections graves. A quinze ans, elle perdit sa mère, femme pieuse et distinguée par son intelligence. Cette perte l'affecta vivement et la fit beaucoup souffrir. A dix-huit ans, *elle eut une violente maladie, des crampes, des convulsions, des hémorrhagies, dont elle guérit imparfaitement*[1]. A dix-neuf ans, son médecin, n'ayant pu lui promettre une guérison complète, elle résolut de s'abandonner à la divine Providence, et renonça à tous les secours de l'art. Elle communia souvent. A vingt ans, en 1832, son confesseur s'aperçut que quelquefois elle ne répondait pas à ses questions et paraissait hors d'elle. Les personnes qui assistaient la jeune fille lui apprirent qu'il en était ainsi chaque fois qu'elle recevait la communion. Il se promit de mieux l'observer. Le jour de la Fête-Dieu, désirant avoir sa journée libre, il lui porta la sainte hostie de grand matin. Elle fut ravie en extase à l'instant même. Le lendemain, à trois heures de l'après-midi, il alla la voir et la trouva agenouillée dans la position où il l'avait laissée trente-six heures auparavant. Les personnes présentes, habituées d'ailleurs à ce spectacle, attestèrent qu'elle était restée dans cette position. Il entreprit de remédier à cet état qui pouvait devenir habituel. Il fit intervenir, dans ce but, la vertu d'obéissance à laquelle la jeune malade s'était engagée en entrant dans le tiers-ordre de Saint-François. Les extases se répétèrent, accompagnées de phénomènes plus ou moins extraordinaires, jusque vers la moitié de l'année 1833. A cette époque, la foule des curieux, appelée par la renommée aux cent voix, vint visiter l'extatique. On porte à quarante mille le nombre des personnes qui vinrent à Kaldern, depuis le mois de juillet jusqu'au mois de septembre. Marie resta pendant tout ce temps en extase. Les visites furent interdites par l'autorité. Le prince évêque de Trente voulut savoir la vérité pour en informer le gouvernement, et il vint sur les lieux. Il déclara que la maladie de Marie ne constituait point par elle-même un état de sainteté, mais aussi que la piété bien reconnue n'était point une maladie. La police, après cette déclaration prudente, suspendit son intervention. Dès l'automne de la même année, son confesseur s'aperçut que le milieu des mains, où devaient plus tard se montrer les stigmates

1. Marie de Moerl, dit A. Maury, est attaquée depuis sa jeunesse d'une maladie nerveuse et d'accès hystériques. En 1833, elle présentait les phénomènes les plus bizarres et les plus maladifs : des clous, des aiguilles, des morceaux de verre qu'elle avalait dans les accès de délire, et à son insu, lui sortaient ensuite par diverses parties du corps. On l'exorcisa et elle fut, dit-on, délivrée de ces apparitions démoniaques.

du crucifiement, se creusaient comme sous la pression d'un corps en demi-relief. En même temps, cette partie devenait douloureuse, et des crampes s'y manifestaient fréquemment. Le 2 février 1834, à la fête de la Purification, il la vit s'essuyer le milieu des mains avec un linge, effrayée comme un enfant du sang qu'elle y apercevait. Ces stigmates se montrèrent bientôt aux pieds et au cœur. Ils étaient à peu près ronds, s'étendant un peu en longueur, présentant trois ou quatre lignes de diamètre, et fixés de part en part aux deux mains et aux deux pieds. Le jeudi soir et le vendredi, toutes ces plaies laissaient couler par gouttes un sang ordinairement clair. Les autres soirs, elles étaient recouvertes d'une croûte de sang desséché. Marie garda le plus profond silence sur ces faits merveilleux; mais, en 1834, le jour de la Visitation, l'extase s'étant déclarée chez elle pendant une procession, la surprit en présence de plusieurs témoins : elle fut plongée deux fois dans la joie la plus vive, semblable à un ange glorieux, touchant à peine son lit de la pointe des pieds, éclatante comme une rose, les bras étendus en croix; et tous les assistants remarquèrent les stigmates de ses mains. Dès lors, cette merveilleuse particularité ne pouvait plus demeurer secrète.

« La première fois que j'allai la visiter, dit le célèbre professeur Gœrres, je la trouvai dans la position, où elle est, la plus grande partie du jour, à genoux à l'extrémité de son lit, et en extase. Les mains, croisées sur sa poitrine, laissaient voir les stigmates; son visage était tourné un peu en haut du côté de l'église, et ses yeux levés au ciel exprimaient l'absorption la plus profonde, que rien du dehors ne pouvait troubler. Je ne remarquai en elle, pendant des heures entières, aucun mouvement, excepté celui produit par une respiration presque insensible ou par une légère oscillation, et je ne puis comparer son attitude qu'à celle des anges, si nous les voyions devant le trône de Dieu, plongés dans la contemplation de sa splendeur. Aussi ne faut-il pas s'étonner que ce spectacle fasse l'impression la plus saisissante sur tous ceux qui en sont témoins. Les cœurs les plus durs ne peuvent résister à cette vue, et l'étonnement, l'émotion et la joie ont fait couler autour d'elle bien des larmes. D'après le rapport du curé et de ceux qui dirigent sa conscience, elle est continuellement occupée depuis quatre ans, dans ses extases, à contempler la vie et la passion de Notre-Seigneur et le saint sacrement de l'autel... *L'ensemble de l'image fixée devant son esprit se réfléchit clairement dans la pose et le maintien de son corps, qui prend toujours une part plus ou moins grande au sujet qu'elle médite. Ainsi on la voit, à Noël, bercer avec une grande joie dans ses bras l'Enfant nouveau-né; le jour de l'Épiphanie, elle adore à genoux de même que les mages; le jeudi saint, elle assiste aux noces de Cana, à table, appuyée sur le côté, — circonstance qu'elle n'a pu apprendre par les moyens extérieurs, puisque les tableaux d'églises ne reproduisent point cette ancienne attitude; — en un mot, les autres jours, toute sa personne exprime, d'une manière aussi caractérisée la forme du sujet qui l'occupe.*

Mais l'objet le plus habituel des méditations de l'extatique de Kaldern, c'est la passion de Notre-Seigneur, qui produit en elle l'impression la plus profonde et s'exprime le plus vivement au dehors. C'est surtout dans la semaine sainte, comme on doit le penser, que cette impression pénètre plus avant dans son être et que l'image extérieure en est plus complète. Néanmoins la contemplation de ce mystère revient tous les vendredis de l'année et offre ainsi une occasion fréquente d'en observer les merveilleux effets... L'action commence dans la matinée du vendredi. Si l'on en suit la marche, on voit que, de même que certaines personnes pensent en parlant, ou plutôt parlent en pensant, sans avoir la conscience des paroles qu'elles prononcent, *de même Marie de Mœrl, médite la Passion en la reproduisant, ou plutôt la reproduit en la méditant, sans savoir ce qu'elle fait.* D'abord le mouvement qui la soulève est doux et régulier; mais à mesure que l'action devient plus douloureuse et plus saisissante, l'image dans laquelle elle se réfléchit prend un caractère à la fois plus profond et plus distinct. *Enfin, lorsque l'heure de la mort approche, et que la douleur a pénétré jusqu'au fond de l'être, la mort*

même ressort de tous les traits de cette femme. Elle est là à genoux sur son lit, les mains croisées contre la poitrine. Autour d'elle règne un morne silence, qu'interrompt à peine la respiration des assistants. Vous diriez que le soleil de la vie, désormais voilé pour Marie de Mœrl, descend lentement au-dessous de l'horizon, et qu'à mesure que la lumière s'affaiblit, les ombres de la mort sortant de leurs abîmes montent peu à peu vers elle, enveloppent tous ses membres l'un après l'autre et s'amassent autour de son âme, jusqu'à ce que celle-ci, quand la dernière lueur s'éteint, tombe tout entière dans les ténèbres. Quelque pâle qu'elle soit pendant tout ce lugubre drame, vous la voyez pâlir encore successivement, le frisson de la mort parcourt plus fréquemment son corps; et la vie qui se retire s'obscurcit à chaque instant davantage. Les soupirs, s'échappant avec peine, annoncent que l'oppression augmente; de ses yeux, de plus en plus fixes et immobiles, coulent de grosses larmes qui descendent lentement sur ses joues. Des contractions nerveuses entr'ouvent insensiblement sa bouche : comme des éclairs qui préparent l'orage, elles forment des cercles de plus en plus larges, jusqu'à ce qu'elles creusent son visage sur toute sa surface; enfin, elles deviennent si violentes, que de temps à autre elles ébranlent le corps entier. La respiration, déjà si difficile, se change en gémissements pénibles et plaintifs; une rougeur sombre couvre les joues; la langue épaissie semble être collée au palais desséché, les convulsions redoublent sans cesse plus profondes et plus fortes. Les mains, toujours croisées, qui d'abord s'affaiblissaient insensiblement, glissent plus vite, les ongles prennent une teinte bleue, et les doigts s'entrelacent convulsivement. Bientôt le râle se fait entendre dans le gosier. L'haleine, plus pressée, se détache avec des efforts infinis de la poitrine, qui semble liée par des cercles de fer; les traits se déforment au point de devenir méconnaissables. La bouche est désormais ouverte dans toute sa largeur, le nez s'amincit et s'effile, les yeux, constamment immobiles, sont près de briser leurs orbites. Il passe encore, à de longs intervalles, à travers les organes raidis, quelques soupirs, et l'on dirait que le dernier de tous va s'échapper. Alors le visage s'incline, et la tête, portant tous les signes de la mort, s'affaisse dans un complet épuisement : c'est une autre figure, pendante, abattue sur la poitrine, et que l'on peut à peine reconnaître. Tout demeure ainsi l'espace d'une minute et demie à peu près. Puis, la tête se relève, les mains remontent vers la poitrine, le visage reprend sa forme et son calme : elle est à genoux, les yeux levés au ciel, tout occupée à offrir à Dieu son action de grâces. Et cette scène se renouvelle chaque semaine, toujours la même dans ses phases essentielles, mais offrant chaque fois des traits particuliers qui correspondent aux dispositions intérieures de la patiente. C'est ce dont je me suis convaincu plusieurs fois par un examen attentif. Car il n'y a rien de faux, rien d'exagéré dans toute cette représentation merveilleuse, qui coule comme la source du rocher; et si Marie de Mœrl mourait en réalité dans de pareilles circonstances, elle ne mourrait pas autrement.

» Quelque absorbée que soit l'Extatique dans ses contemplations, un seul mot de son confesseur ou de toute autre personne en rapport spirituel avec elle suffit pour la rappeler aussitôt à la vie réelle, sans qu'elle passe par un état intermédiaire. Il ne lui faut qu'un instant pour se reconnaître et ouvrir les yeux, et alors elle est comme si elle n'avait jamais eu d'extase. L'expression de sa figure devient tout autre; on dirait un enfant naïf qui a conservé sa candeur et sa simplicité. La première chose qu'elle fait en reprenant ses sens, lorsqu'elle aperçoit des témoins, c'est de cacher sous la couverture ses mains stigmatisées, comme une petite fille qui a taché ses manchettes avec de l'encre et qui voit venir sa mère. Ensuite, accoutumée qu'elle est à ce concours d'étrangers, elle regarde autour d'elle et donne à chacun un salut amical. Elle n'est pas à l'aise, quand l'émotion des scènes qui viennent de se passer est encore visible sur la figure des assistants, ou quand on approche d'elle avec une sorte de vénération et de solennité, et elle s'applique, par un enjouement plein d'abandon, à effacer ces émotions profondes. Comme elle garde

le silence depuis longtemps, elle cherche à se faire comprendre par des signes; et quand cela ne suffit pas, semblable à un enfant qui ne saurait pas encore parler, elle regarde son confesseur et le prie avec les yeux de répondre pour elle.

» Ses yeux noirs expriment la joie et l'ingénuité du premier âge. Son regard est si limpide, qu'on peut par lui pénétrer jusqu'aux dernières profondeurs de son âme; et l'on est bientôt convaincu qu'il n'y a pas, dans tout son être, un seul coin obscur où pût se cacher la moindre fraude. Il n'y a en elle aucune trace d'humeur sombre ou d'exaltation, point de molle ni fade sentimentalité, et encore moins d'hypocrisie ou d'orgueil; on ne voit dans toute sa personne que l'impression sereine et joyeuse d'une jeunesse conservée dans l'innocence, et qui s'abandonne même volontiers au badinage, parce que le tact sûr et délicat qu'elle possède sait écarter tout ce qui pourrait paraître inconvenant. Quand elle est avec des amis, elle peut, une fois revenue à elle-même, rester plus longtemps dans cet état; mais on sent qu'il lui faut faire de grands efforts de volonté; car l'extase est devenue sa seconde nature, et la vie des autres hommes est pour elle quelque chose d'artificiel et d'inaccoutumé. Au milieu d'un entretien, lors même qu'il semble qu'elle y prend plaisir, on voit tout à coup ses yeux se voiler, et dans un instant, sans aucune transition, elle retourne à l'extase. Pendant mon séjour à Kaldern, on l'avait priée d'être marraine d'un enfant nouveau-né que l'on baptisa dans sa chambre. Elle le prit dans ses bras et manifesta le plus vif intérêt à toute la cérémonie; mais dans cet espace de temps, elle retomba plusieurs fois en extase, et il fallut, à diverses reprises, la rappeler au sentiment de la réalité qui s'accomplissait devant elle.

» C'est un spectacle merveilleux, chez Marie de Mœrl, que celui du passage de la vie commune à la vie extatique. Couchée sur le dos, elle semble nager dans les flots d'une onde lumineuse et jette encore sur tout ce qui l'environne un regard joyeux. Tout à coup on la voit plonger doucement dans l'abîme : les vagues jouent un instant autour d'elle, puis elles lui couvrent le visage, et on la suit des yeux descendant dans les profondeurs de l'eau diaphane. Dès lors l'enfant naïf a disparu; et lorsqu'on voit briller, au milieu de ses traits transfigurés, ses yeux noirs ouverts dans toute leur largeur en lançant tous leurs rayons dans l'infini, sans saisir un objet particulier, on dirait une sybille, mais pleine de noblesse et de dignité pathétique.

» Cependant il ne faut pas croire que ses contemplations et ses exercices de piété l'enlèvent à tous les soins de la famille. De son lit, elle dirige le ménage dont elle partageait précédemment la conduite avec une sœur que la mort lui a enlevée. Comme elle jouit, depuis plusieurs années d'une pension qui lui a été obtenue par des personnes charitables et qu'elle n'a besoin de rien pour elle-même, elle consacre cet argent à l'éducation de ses frères et sœurs. Tous les jours, vers deux heures de l'après-midi, son confesseur la rappelle à la vie ordinaire pour qu'elle s'occupe des affaires de la maison. Alors ils confèrent ensemble sur les difficultés qui se présentent, elle pense à tout, prévient les besoins de ceux à qui elle s'intéresse, et le grand sens pratique qu'elle possède fait que toutes choses autour d'elle sont pratiquement ordonnées [1]. »

LOUISE LATEAU (1868) [2]

Parmi les phénomènes extraordinaires qui ont attiré sur Louise Lateau l'attention des médecins, et qui se réduisent à trois principaux : la stigmatisa-

1. Œuvres du Dr Cerise. Paris, 1872, t. II, p. 191.
2. Voir l'opuscule du Dr Bourneville, sur *Louise Lateau ou la stigmatisée belge*, Paris,

tion, les extases et l'abstinence prolongée, je ne ne désire insister que sur les crises extatiques, parce qu'elles présentent de grandes analogies avec les attitudes passionnelles de la troisième période de la grande attaque d'hystérie.

Je me contenterai d'extraire du livre du docteur Lefebvre[1], pour le consigner ici, ce qui a trait aux scènes d'extase. Le docteur Lefebvre est un des partisans de l'origine surnaturelle de la maladie de Louise Lateau; à notre point de vue, son récit ne saurait donc être suspect.

On y trouvera une succession d'attitudes expressives variées correspondant a des hallucinations dont l'extatique conserve après l'accès un vif souvenir. L'état de la motilité varie suivant les différentes phases de l'accès ; le plus souvent, il y a liberté entière des mouvements, mais, à certains moments, on observe soit de la catalepsie partielle, soit de la raideur généralisée. Quant à la sensibilité cutanée, elle est perdue pendant tout le cours de l'accès; les fonctions des sens sont également suspendues.

Les extases hebdomadaires ont commencé chez Louise Lateau le vendredi 17 juillet 1868, c'est-à-dire treize semaines après le début de la stigmatisation. L'extase se renouvelle tous les vendredis; elle commence, comme nous l'avons dit, entre huit et neuf heures du matin, et se termine vers six heures du soir, elle s'est prolongée quelquefois jusqu'au delà de sept heures. La durée de l'extase est donc de neuf à douze heures, sans interruption. Louise a eu des ravissements moins longs et d'un autre caractère, à quelques grandes fêtes de l'année, soit chez elle, soit (mais très rarement) à l'église, pendant les offices. Mais comme ces ravissements passagers ont eu peu de témoins et que je n'ai pu les étudier moi-même, je ne fais que les mentionner en passant.

L'extase que je vais décrire est celle du vendredi. Elle débute, le plus souvent, pendant le recueillement du silence et de la prière, quelquefois au milieu d'une conversation ou même pendant le travail. J'ai assisté plusieurs fois à la genèse du phénomène dans ces conditions différentes et je puis le décrire dans ses détails.

Lorsque, le vendredi matin, Louise est abandonnée à elle-même, les plaies des mains et l'écoulement de sang dont elles sont le siège lui rendant le travail presque impossible, elle a l'habitude de prier; j'ai constaté qu'elle se livre alors à la plus simple et, s'il est permis de s'exprimer ainsi, à la plus familière des oraisons; elle récite tout bas le chapelet. Elle est assise sur une chaise ou sur un petit fauteuil de jonc ; ses mains saignantes sont jointes sous le linge dans lequel elle les dérobe, l'attitude est recueillie, la figure est calme et sereine, tout à coup les yeux s'arrêtent, fixes, immobiles, tournés vers le ciel : l'extase a commencé.

Comme je l'ai dit, il m'est arrivé plusieurs fois de voir débuter l'extase pendant une conversation. Je transcris mes notes : « Il est sept heures et demie du matin; j'ouvre une conversation avec la jeune personne, et je m'étudie à l'entretenir des choses les plus indifférentes : je l'interroge sur ses occupations, sur son degré d'instruction, sur sa santé. Elle répond à ces questions d'une manière simple, précise, laconique. Pendant le cours de cet entretien, le regard est calme, l'expression du visage naturelle, sa coloration normale; la peau est fraîche, le pouls bat soixante-

1875, dans lequel la question des rapprochements à rétablir entre L. Lateau et les hystériques est traitée dans son ensemble. Je n'insiste ici que sur le point particulier des attaques d'extase.

2. *Louise Lateau de Bois-d'Haine*, par le Dr F. Lefebre, Louvain, Peeters, 1873, 2e édit. 37 et suiv.

douze fois par minute. Au bout de quelque temps, la conversation languit, il y a une pause de quelques instants; je veux recommencer l'entretien; je m'aperçois que Louise est immobile, l'œil fixé en haut et un peu à droite; elle est en extase. »

Enfin l'extase se déclare aussi pendant le travail. Je n'ai pas été témoin de ce début. Un vénérable prélat américain, Mgr d'Herbomez, évêque de la Colombie anglaise, ayant été autorisé à voir la jeune personne, se présenta à la petite maison le vendredi 13 août 1869, vers huit heures du matin. Louise travaillait à l'aide d'une machine à coudre. Les stigmates saignaient abondamment aux mains et aux pieds; le sang suintait du front et de la tête, suivant un cercle régulier, et tombait le long de joues, des tempes et du cou ; l'instrument de couture en était couvert et la jeune personne faisait évidemment les efforts les plus pénibles pour continuer son travail. Pendant que le prélat l'examinait et l'interrogeait, le bruit de la machine à coudre cessa subitement : Louise était en extase.

L'extase est donc établie. Tâchons de décrire exactement cet état. Pendant la plus grande partie du ravissement, Louise reste assise. Le corps légèrement porté en avant repose sur le bord de la chaise, dans l'immobilité d'une statue; les mains ensanglantées sont appuyées sur les genoux, cachées dans le linge qui les enveloppe; les paupières écartées sont immobiles et les yeux sont portés en haut et un peu à droite. L'expression de la figure de la jeune fille est celle d'une attention profonde, qui l'absorberait complètement, on la dirait perdue dans une contemplation lointaine. *La physionomie, comme l'attitude, change souvent.* Tantôt les traits s'épanouissent, les yeux s'humectent, un sourire de béatitude entr'ouvre sa bouche; tantôt les paupières tombent et voilent à demi le regard, le visage se contracte, des larmes coulent lentement sur ses joues; tantôt encore elle pâlit, la physionomie reflète une expression de terreur profonde accompagnée souvent de tressaillements et d'un cri étouffé. Quelquefois le tronc exécute un mouvement de rotation lent, et les yeux se meuvent comme pour suivre un cortège invisible. D'autres fois, elle se soulève, s'avance ; elle repose sur la pointe des pieds, on la dirait prête à s'échapper ; les mains s'élèvent, se joignent ou restent ouvertes dans la position des *orantes* des catacombes ; les lèvres s'agitent, elle est comme haletante, le regard s'anime ; cette figure, commune avant l'extase, se transfigure et s'illumine d'une beauté vraiment idéale. Ajoutez à ce spectacle l'appareil des stigmates : le front couronné de son diadème sanglant d'où le sang descend en filets le long des tempes et des joues, des mains petites et blanches, marquées à leur centre d'une plaie mystérieuse, d'où partent comme des rayons, des trainées de sang ; placez en face de cet étrange spectacle des groupes d'hommes et de femmes de toute condition, et parmi lesquels on ne surprend pas une seule figure qui n'exprime une émotion respectueuse, et vous aurez une idée des scènes dont nous avons été souvent les témoins à Bois-d'Haine.

Vers une heure et demie, à l'approche de la scène du prosternement, que je vais décrire, assez souvent l'extatique tombe à genoux, les mains jointes, le corps fortement penché en avant; sa figure prend un caractère de contemplation de plus en plus profonde. Elle reste dans cette attitude pendant environ une demi-heure, se relève et s'assied. Vers deux heures, la scène change. L'extatique s'incline un peu en avant, se soulève avec une certaine lenteur, puis brusquement, et comme par un mouvement de projection, elle tombe la face contre terre. Dans cette position, elle est étendue sur le sol, couchée sur la poitrine, la tête reposant sur le bras gauche; les yeux sont fermés; la bouche est entr'ouverte, les membres inférieurs sont étendus en ligne droite et la robe les recouvre jusqu'au talon. A trois heures, elle fait un mouvement brusque; les membres supérieurs s'étendent transversalement en croix, les deux pieds se croisent, le dos du pied droit reposant sur la plante du pied gauche.

... Elle reste dans cette situation jusque vers cinq heures. A ce moment, elle se relève comme d'un bond et se met à genoux dans l'attitude de l'oraison. Après quelques minutes d'absorption profonde, elle se rassied.

... L'extase se prolonge jusque vers six heures ou sept heures. L'attitude, comme la physionomie, varie encore; elle semble refléter les impressions diverses de l'âme. L'extase se termine par une scène effrayante : les bras tombent le long du corps, la tête s'incline sur la poitrine, les yeux se ferment, le nez s'effile, la face prend une pâleur morte, elle se couvre d'une sueur froide; les mains sont glacées, le pouls est absolument imperceptible, elle râle.

... Cet état dure de dix à quinze minutes, puis la vie se réveille. La chaleur se ranime, le pouls se relève, les joues se colorent, mais, pendant quelques minutes encore c'est l'expression indéfinissable de l'extase. Tout à coup, les paupières s'abaissent, les traits se détendent, les yeux se portent doucement d'une personne à l'autre, l'extase est terminée.

... Quand on suit avec quelque attention les différentes phases du ravissement, on est bientôt convaincu, que pendant leur durée, l'intelligence, loin d'être endormie, jouit au contraire d'une grande activité, *Louise n'a aucune conscience des actes extérieurs qu'elle accomplit, et de ce qui s'est passé autour d'elle, mais elle se rappelle parfaitement ce qui s'est passé dans son esprit.*

J'ai interrogé souvent la jeune personne sur ce point. Les souvenirs sont très nets et très précis; mais elle éprouve toujours une vive répugnance à en rendre compte, et peu de personnes en ont reçu la confidence. Toutefois comme on lui avait donné l'ordre de la part de son évêque de répondre à toutes mes questions, elle l'a fait simplement, sobrement, nettement. *D'après son récit, quand l'extase commence, elle se trouve plongée dans une grande et vive lumière; bientôt des figures se dessinent sous ses yeux; les différentes scènes de la Passion passent successivement devant elle :* elle les raconte brièvement, mais avec une netteté singulière. Elle voit le Sauveur, dont elle décrit la personne, les vêtements, les plaies, la couronne d'épines, la croix. Il ne fait aucune attention à elle, ne la regarde pas, ne lui parle pas. Elle décrit avec la même précision et la même netteté les personnes qui l'entourent; les apôtres, les saintes femmes et les Juifs.

Nous avons maintenant à exposer l'état des différents organes et de leurs fonctions pendant l'extase. Cet état n'est pas tout à fait le même dans les différentes phases de l'extase.

... Durant la première période, de huit heures du matin à deux heures de l'après-midi, Louise Lateau est assise, et l'état organique et fonctionnel varie peu : la peau est fraîche, la figure a sa coloration ordinaire; la respiration est régulière, tellement silencieuse et calme qu'il faut une grande attention pour en suivre les mouvements; la circulation se fait comme à l'état de veille : le pouls est régulier, souple, sans aucune tension, battant environ soixante-quinze fois par minute. De temps en temps, les battements du cœur se précipitent ou se ralentissent, le visage se couvre d'une rougeur subite ou d'une parleur mate; ces modifications fonctionnelles sont en rapport avec le jeu de la physionomie, et traduisent évidemment des impressions de l'âme.

Il importait d'étudier avec soin, l'état de l'innervation, et spécialement la motilité et la sensibilité. Au palper les muscles de la face, des membres et du tronc n'offrent pas de tension anormale; ils ne sont le siège d'aucune contraction spasmodique; comme nous l'avons déjà dit, Louise est assise sur le bord de sa chaise, le corps légèrement porté en avant, dans l'attitude d'une personne absorbée dans une contemplation profonde. Elle n'exécute d'autres mouvements que ceux qui sont en rapport avec les scènes auxquelles elle assiste; ainsi, par moments, comme nous l'avons déjà dit, le tronc s'élève, les mains se joignent ou s'écartent, la bouche s'entr'ouvre par un sourire ou le front se plisse profondément. Quand on imprime des mouvements aux membres, le résultat est variable; tantôt ils conservent la position qu'on leur donne. Ainsi, quand on élève les membres supérieurs, ils gardent pendant neuf ou dix minutes l'attitude qu'on leur fait prendre, puis ils redescendent peu à peu; il en est de même des membres inférieurs. Cependant, si on soulève la jeune per-

sonne de sa chaise comme pour la mettre debout, on constate un état général de relâchement musculaire, et elle retombe sur le siège, aussitôt qu'on ne la soutient plus. Une particularité qu'il faut noter ici, c'est que, pendant le prosternement, alors que les bras sont étendus transversalement et que les pieds sont croisés l'un sur l'autre, on éprouve une certaine résistance pour les déplacer, et ils reprennent immédiatement leur position première.

... Les fonctions des sens sont suspendues. Examinons-les tour à tour.

... Les pupilles sont dilatées; nous avons déjà dit que les yeux sont largement ouverts; au début de l'extase, il persiste encore quelques clignotements légers, incomplets; mais quand elle est arrivée à sa plénitude, les paupières sont tout à fait immobiles et, pendant des heures entières, on n'observe pas le moindre clignotement. Les yeux, plongés dans le lointain, n'obéissent plus aux excitations ordinaires; on peut faire passer brusquement un objet devant eux ou en approcher avec rapidité une lumière vive sans provoquer aucun mouvement des paupières ou du globe oculaire lui-même.

... L'ouïe est suspendue comme la vision, ou du moins l'oreille est insensible aux provocations ordinaires. Plusieurs fois il est arrivé que l'un des observateurs, placé derrière le sujet, jetait inopinément à ses oreilles un cri perçant, et jamais le plus léger tressaillement n'a indiqué que le nerf auditif en transmît la perception.

La sensibilité générale est presque complètement éteinte pendant l'extase. Je dis *presque* complètement. Cette réserve est nécessaire : il y a, en effet, un point du corps où la sensibilité persiste à un faible degré, c'est la conjonctive.

Sur tous les autres points du corps, il m'a été impossible de déterminer la moindre manifestation de la sensibilité.

Tel est l'état des fonctions organiques pendant la première partie de l'extase : elles subissent quelques modifications pendant la seconde. Ainsi, lorsque l'extatique est prosternée la face contre terre, le pouls devient si petit, si filiforme, qu'il est difficilement perceptible. Des personnes qui n'ont pas l'habitude de le tâter ont pu soutenir, avec une entière bonne foi, qu'il disparaissait entièrement. Pour moi, je l'ai toujours trouvé, mais d'une exiguïté extrême. Il arrive surtout à ce degré d'imperceptibilité pendant la scène de l'agonie. Le pouls devient très fréquent en même temps qu'il devient faible ; autant qu'on peut les compter, ce qui n'est pas facile, les battements sont de cent vingt à cent trente par minute. Les mouvements respiratoires deviennent de plus en plus faibles; pour s'assurer qu'ils persistent encore, il faut une grande attention et souvent on doit s'aider de quelques procédés spéciaux d'observation.

A mesure que la respiration s'affaiblit ainsi, et que le pouls se réduit à un frémissement presque imperceptible, la température de la peau s'abaisse et celle-ci se couvre d'une sueur froide. Comme nous l'avons dit, au bout de dix à douze minutes la réaction se produit; le pouls reprend sa force et sa fréquence normales, la respiration se relève, la peau revient à sa température habituelle.

La jeune personne rentre sans transition du monde extatique dans la vie ordinaire. Elle n'accuse ni courbature, ni céphalalgie, ni malaise quelconque. Le corps est dispos, la figure sereine, le regard limpide et calme, l'intelligence nette.

Il est inutile d'insister sur les caractères éminemment hystériques de l'extase de Louise Lateau, telle qu'elle vient d'être décrite. Il suffit, pour s'en convaincre, de se reporter aux chapitres dans lesquels il a été traité plus haut de la troisième période de la grande attaque hystérique (p. 89), de la variété qui résulte de la prédominance marquée de la période des attitudes passionnelles (attaque d'extase) (p. 210), enfin de la variété qui résulte de l'immixtion de phénomènes cataleptiques (extase cataleptique) (p. 269 et 283).

DEUXIÈME PARTIE

L'HYSTÉRIE DANS L'ART

Comme nous avons fait précédemment à propos des recherches historiques, nous rangerons les documents artistiques que nous avons pu réunir sous les quatre chefs suivants :

1° La chorée épidémique du moyen âge;

2° Les possédés;

3° Les convulsionnaires;

4° Les extatiques.

J'ai hâte d'ajouter ici que l'idée première de ces recherches artistiques relatives à l'hystérie appartient à notre maître M. Charcot. On trouve dans ses *Leçons sur les maladies du système nerveux* deux documents importants; l'un touchant une esquisse de P. Breughel, l'autre relatif à un dessin de Rubens. Nous les signalerons plus loin. D'autre part, dans les conférences cliniques de la Salpêtrière de ces dernières années, M. Charcot a signalé et montré à ses auditeurs, par le moyen des projections électriques, quelques-unes des gravures dont nous donnons ici la reproduction.

Enfin c'est sous son inspiration et à l'aide des documents de sa collection particulière que nous avons entrepris la présente étude. Nous nous proposons d'ailleurs, M. Charcot et moi, d'en faire prochainement l'objet d'une publication spéciale.

Je dois adresser ici mes plus vifs remerciements à M. le Dr Tommaso Tommasi de Florence, à M. Eugène Muntz, bibliothécaire de l'École des beaux-arts, à M. le vicomte Henri Delaborde, conservateur du département des estampes à la Bibliothèque nationale, ainsi qu'à MM. Ph. Burty et Paul Mantz qui, à des titres divers, ont bien voulu s'intéresser à ces études et par leur savoir et leurs conseils faciliter notre tâche.

PREMIÈRE SECTION

CHORÉE ÉPIDÉMIQUE DU MOYEN AGE

La fameuse *danse de Saint-Guy*, qui désola les provinces du Rhin pendant le XIVe et le XVe siècle et dont nous avons montré plus haut les analogies frappantes avec la grande hystérie de nos jours, ne s'éteignit que lentement. Nous en retrouvons les derniers vestiges au XVIe siècle dans ces processions dansantes qui, à des époques déterminées de l'année, avaient lieu, en manière de pèlerinage, à certaines chapelles privilégiées.

Le hasard voulut qu'un maître dessinateur et peintre, Pierre Breughel, fut

témoin d'un de ces singuliers pèlerinages qui se rendait à l'église de Saint-Willibrod, à Epternach, près Luxembourg. Un spectacle si plein de singularité et de mouvement était bien fait pour tenter le crayon de celui qu'on a surnommé le *peintre des paysans* ou encore *Wiensen Breughel*, Breughel *le drôle*. Et c'est pour nous une véritable bonne fortune que le dessin d'un maître si habile et si consciencieux. Il est facile, en effet, d'y reconnaître à première vue que l'hystérie et l'hystéro-épilepsie jouaient là, comme elles l'ont fait dans les épidémies proprement dites, un rôle prédominant.

Nous connaissons un croquis de Pierre Breughel représentant une scène



Fig. 172.
Les danseurs de Saint-Guy conduits en pèlerinage à l'église de Saint-Willibrod, à Epternacht, près Luxembourg. D'après un dessin de P. Breughel, à la galerie de l'archiduc Albert à Vienne.

d'ensemble, puis plusieurs gravures de Hondius relatives au même sujet et exécutées d'après des dessins plus étudiés du maître flamand.

La figure 172, empruntée aux *Leçons sur les maladies du système nerveux* de M. Charcot, est un fac-simile du croquis de P. Breughel qui fait partie de la galerie de l'archiduc Albert à Vienne. On en trouve une reproduction dans l'intéressant ouvrage de M. P. Lacroix (*Vie militaire et religieuse au Moyen âge et à l'époque de la Renaissance*, Paris, 1873. Art. PÈLERINAGES, p. 433).

M. Charcot en donne une description que nous ne saurions mieux faire que de reproduire ici.

« Une série de femmes, soutenues chacune par deux hommes et précédées par des joueurs de cornemuse, qui soufflent à pleins poumons dans leurs instruments, se dirigent en dansant, sur une seule file, vers une chapelle qu'on aperçoit dans le

lointain et où se trouvent sans doute déposés les restes du saint. Ce sont des gens du commun, car leur mise est à peu près celle des paysans qui figurent dans les tableaux de Téniers et de Brauwer.

» L'ordre de la procession se trouve de temps en temps troublé ; plusieurs des pèlerins, en effet, en proie aux tourments d'attaques dont le caractère ne peut être méconnu, gesticulent, se contorsionnent et se débattent sous l'étreinte de leurs compagnons; ceux-ci — et c'est là peut-être leur principale fonction — font tous leurs efforts pour les contenir et les empêcher de tomber à terre. La scène est on le voit, fort animée; elle devait être aussi fort bruyante, car quelques-unes des énergumènes semblent crier à tue-tête.

» Sur le second plan se voit un ruisseau où des serviteurs empressés vont puiser à l'aide d'écuelles. L'eau qui y coule est douée peut-être de propriétés curatives;



Fig. 173.
Groupe de danseurs de Saint-Guy, par P. Breughel. Dessin d'après une gravure de Hondius.

en tout cas, elle pouvait servir à étancher la soif dont souffraient les principaux acteurs. Certains épisodes que l'artiste, en homme discret, a relégués dans les parties les moins en vue de son tableau, font reconnaitre jusqu'à l'évidence que la lubricité n'était pas toujours, tant s'en faut, bannie de ces assemblées. »

Mais Pierre Breughel ne s'est pas contenté d'une simple esquisse. Il a fait du même sujet un dessin fini et soigné ainsi que le prouvent les gravures de Henri Hondius que nous avons trouvées au cabinet des estampes. Ces gravures, d'assez grande dimension, portent, en outre de la signature du graveur la marque du peintre « *P. Breughel* inv. ». D'ailleurs il n'y a pas à s'y méprendre tellement la ressemblance est grande entre le croquis de Vienne et les gravures de Hondius. Seulement le sujet est divisé en trois parties, et du même croquis le dessinateur a fait trois dessins. En effet, des trois gravures l'une ne contient que les deux joueurs de cornemuse, les deux autres se partagent les pèlerins qui forment deux groupes bien distincts à droite et à gauche du tableau.

Ces estampes sont fort belles et exécutées avec beaucoup de soin. Chaque

personnage du croquis primitif s'y retrouve; il n'est que bien peu changé aux attitudes générales, mais dans les détails des vêtements, et en particulier dans l'expression des physionomies, on retrouve le soin minutieux et le souci de la nature qui distinguent les œuvres du maître flamand.



Fig. 174.
Groupe de danseurs de Saint-Guy, par P. Breughel. Dessin au trait d'après une gravure de Hondius.

N'ayant pu faire reproduire en fac-simile ces gravures, je donne ici (fig. 173 et 174) une reproduction au trait — fidèle autant que possible — des deux morceaux qui nous intéressent plus particulièrement.

DEUXIÈME SECTION

POSSÉDÉS

Comment les artistes ont-ils représenté les démoniaques ? Sous quels traits, dans quelle attitude les ont-ils figurés ? Cette recherche nous a fourni, ainsi qu'on le verra, de sérieux arguments en faveur de la thèse que nous soutenons touchant le rôle considérable qu'a joué la grande hystérie dans les anciennes possessions démoniaques.

Depuis six à sept ans que notre attention est dirigée de ce côté, nous avons pu recueillir, M. Charcot et moi, un assez grand nombre de représentations de possession (dessins, gravures, peintures, bas-reliefs).

Nous ne mettrons ici à contribution que les pièces les plus intéressantes, et choisies seulement parmi les œuvres des artistes anciens. Pour le moment, nous laissons de côté les modernes, parce qu'ils n'entrent pas dans le cadre de

notre démonstration. Les diverses Écoles d'Italie et l'École flamande sont celles qui nous ont fourni les documents les plus précieux. En Espagne, au contraire, où cependant les sorciers et les démoniaques furent peut-être plus nombreux qu'en tout autre pays, les peintres n'ont laissé que peu ou point de représentations de possédés[1].

Mais il convient d'ajouter que nulle autre que l'École espagnole n'est plus riche en représentations d'extatiques.

En parcourant les différentes pièces de notre collection dont les plus anciennes remontent au v[e] et vi[e] siècle, on peut constater d'une façon générale, qu'au fur et à mesure que l'art, quittant le langage symbolique, se perfectionne par l'étude attentive de la nature, la figure du démoniaque dépouille les signes de convention ou de fantaisie pour revêtir des caractères puisés dans la réalité



Fig. 175.
Saint Lin. Dessin au trait d'après une gravure extraite du recueil : *Les images de tous les saints et saintes...* par Jacques Callot, à Paris, chez Israël Henriet, 1636.

et qu'il nous a été facile de reconnaître, pour la plupart, comme appartenant à la grande hystérie.

C'est ainsi que dans les plus anciennes représentations de démoniaques, telles que celle de Ravenne que nous citons plus loin, la possession est figurée d'une manière toute conventionnelle. Le possédé n'a rien de caractéristique ni dans ses traits ni dans son attitude. On le reconnaît à une petite figure plus ou moins grossière, parfois ailée, qui s'échappe soit de la bouche soit du sommet du crâne et qui représente le démon. Plus tard cette figure prend des

1. M. P. Lefort a bien voulu nous indiquer les deux tableaux suivants, qui sont les seuls que nous ayons trouvés dans l'École espagnole :

1° Un exorcisé de Goya, au musée du Prado, Madrid. Une photographie existe de ce tableau chez Laurent, rue Drouot, mais il est impossible de distinguer suffisamment l'exorcisé pour en porter un jugement.

2° Un tableau sur bois attribué au Berruguete et représentant un exorcisme, également au musée du Prado. Nous n'avons pu nous en procurer une reproduction.

traits plus précis; le démon a des cornes, une queue, des griffes; il revêt même les formes d'animaux les plus étranges. Et jusque chez les grands artistes de la Renaissance nous retrouvons cette tradition, sous la forme de quelques petits diables qui se sauvent dans un coin du tableau. Mais ici le symbole devient l'accessoire, et le démoniaque lui-même possède ces caractères de réalité saisissants sur lesquels nous aurons à insister.

L'imagerie populaire et religieuse nous a laissé un assez grand nombre de scènes de possession. Pour honorer les saints, suivant la coutume chrétienne, on avait l'habitude de les représenter dans une des circonstances de leur vie qui avaient décidé de leur sainteté; cette circonstance devenait en outre la raison d'une dévotion toute spéciale. C'est ainsi que des saints qui pendant leur vie s'étaient fait remarquer par leur pouvoir sur les démons, étaient habituellement figurés exorcisant des démoniaques. Je citerai saint



Fig. 176.
Un autre saint guérissant un jeune possédé. De la même collection de J. Callot.

Mathurin dont le pèlerinage de Larchant a joui du XIe au XVe siècle d'une vogue extraordinaire, saint Benoît, saint Ignace, saint Hyacinthe, saint Sifrein, saint Didier, et bien d'autres, des saintes également, sainte Claire, sainte Catherine de Sienne, etc. Nous avons trouvé au Cabinet des Estampes de nombreuses images relatives à ces saints ou saintes. Dans un recueil représentant tous les saints et saintes de l'année par J. Callot on ne trouve pas moins de sept guérisons de possédés. J'ai cru intéressant, à cause de la notoriété du maître, d'en faire reproduire ici un exemple (fig. 175 et 176).

Mais la plupart de ces estampes ne nous intéressent que médiocrement. Les possédés qu'elles représentent ne sont, le plus souvent, que des « agités » sans caractère. Il me suffit de les avoir signalées, et nous n'avons pas à nous y arrêter plus longtemps.

Il n'en est pas de même pour les œuvres des grands maîtres qui ont peint des démoniaques et parmi lesquels je citerai Raphaël, Andre del Sarte, le Dominiquin, Rubens, etc. Par l'examen de ces productions qui, d'autre part, appartiennent aux régions les plus élevées de l'art, nous entrons dans le vif

de la question et nous touchons à la solution du problème qu'il s'agit de résoudre.

Quand un artiste avait à peindre une scène de possession, où cherchait-il son modèle, à quelle source allait-il puiser son inspiration?

Chercher à représenter un possédé par les arts plastiques, c'est se demander à quels signes extérieurs on peut le reconnaître, quelles sont les marques visibles de la possession démoniaque. Le *Livre des exorcismes* donne à ce sujet les indications suivantes. Sans parler des signes qui ne peuvent être en aucune façon du ressort de la peinture, tels que la divination des pensées non exprimées, l'intelligence des langues étrangères, la connaissance des événements futurs ou présents qui se passent dans des lieux éloignés, l'exaltation subite des facultés intellectuelles, le Rituel des exorcismes signale comme signes de la possession les deux faits suivants : développement de forces physiques supérieures à l'âge et au sexe de la personne chez laquelle elles se manifestent; suspension en l'air du corps du possédé pendant un temps considérable. Or il est bien curieux de remarquer ici qu'aucune des œuvres que nous connaissons ne représente le démoniaque dans une attitude surnaturelle, telle que la suspension dans les airs, indiquée par le Rituel. Par contre un déploiement de forces exagéré, qui devient l'occasion d'une scène tumultueuse et nécessite la présence d'aides plus ou moins nombreux pour maintenir le possédé, se trouve être l'un des thèmes les plus fréquemment adoptés par les artistes. Mais ce n'est encore là pour ainsi dire qu'un cadre vide. Pour le remplir, pour le meubler de parties et de détails conformes à la réalité, il fallait au peintre des indications plus précises.

La seule ressource qui lui restait, s'il ne voulait pas s'en rapporter à sa seule imagination, c'était de regarder autour de lui, de chercher à voir des possédés de ses propres yeux, ou tout au moins d'écouter les récits qu'en pouvaient faire les témoins oculaires. En fin de compte, l'observation minutieuse de la nature pouvait seule combler cette lacune et lui permettre de saisir et de fixer la forme caractéristique de ces convulsions étranges dont la raison échappe et qui semblent au premier abord en dehors de toute règle et de toute logique. — C'est ainsi que nous retrouvons dans les peintures de démoniaques certains détails bien pris sur le vif et que nous avons déjà relevés dans les relations écrites : tels que le recourbement en arc de tout le corps, la proéminence du ventre, la saillie de la langue, le gonflement du cou, la distorsion des globes oculaires, etc.

D'ailleurs l'examen de quelques-uns des tableaux de possédés suffit à lever tous les doutes et à transformer en certitude nos présomptions. A la seule inspection des œuvres du Dominiquin, d'André del Sarte, de Rubens, nous pouvons affirmer que le peintre a vu son modèle dans la nature avant de le coucher sur la toile. Car il y a là tout un ensemble de signes que le hasard seul n'a pu réunir et des traits si précis que l'imagination ne saurait les avoir inventés. Bien plus, nous pouvons ajouter que, du moins dans les cas particuliers dont il s'agit, le modèle qui a posé devant le peintre n'était autre qu'un sujet atteint de grande hystérie. Et ce n'est pas une des moindres preuves de la perspicacité et de la sincérité de l'artiste que ce diagnostic rétrospectif d'une affection nerveuse alors méconnue.

D'autres artistes, il est vrai, parmi lesquels Raphaël, ont peint des démoniaques qui n'ont aucun des caractères signalés plus haut. Que devons-nous

en conclure? Au point de vue esthétique, quels sont les possédés les plus remarquables, de ceux qui portent avec eux la marque indiscutable d'une juste observation de la nature, ou de ceux dont l'agitation ne répond à rien de réel ni de connu? C'est là un point sur lequel nous n'avons pas à nous prononcer. Quoiqu'il en soit, ces faits négatifs ne prouvent rien contre la thèse qui est ici notre principal objectif.

L'ordre chronologique me servira à classer les diverses pièces dont je donne ici la reproduction.

I. IVOIRE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE RAVENNE (Ve SIÈCLE) (fig. 177)

Cet ivoire provient de la couverture d'un évangile. La figure 177 en reproduit le fragment qui nous intéresse. On y voit le Christ délivrant un possédé. Le



Fig. 177.
Le Christ délivrant un possédé. Dessin au trait d'après une photographie d'un ivoire du Ve siècle provenant de la couverture d'un évangile de la Bibliothèque de Ravenne.

Christ tient une croix de la main gauche et lève la droite vers l'énergumène, faisant le geste sacré, la paume tournée en avant, l'index et le médius étendus, pendant que les deux derniers doigts sont fléchis. Nous verrons dans la suite ce geste reproduit et prêté aux exorcistes par plusieurs artistes. Le possédé est debout, les jambes légèrement fléchies comme pour s'éloigner. Les deux poignets sont enchaînés et rattachés au cou par deux chaînes, les chevilles sont également réunies par une chaîne. Une petite forme humaine qui étend les bras est à demi sortie du crâne du possédé.

C'est là une des plus anciennes représentations de démoniaque que nous ayons trouvées. On voit que la possession y est surtout représentée d'une façon symbolique.

II. BAS-RELIEF DE BRONZE DE LA PORTE DE L'ÉGLISE SAINT-ZÉNON A VÉRONE (XIe SIÈCLE) (fig. 178)

Un des bas-reliefs en bronze de la porte de Saint-Zénon à Vérone est pour nous un document d'un véritable intérêt. Le génie qui figure le démon occupe encore une place importante dans la composition, mais la possédée a déjà dans son attitude quelque chose de caractéristique emprunté à la réalité.

Vêtue d'une longue tunique collante, la possédée se renverse en arrière, faisant saillir le ventre proéminent. L'exagération même de cette attitude n'a rien que de très naturel. Nous savons, en effet, combien la tympanite est fréquente chez les hystériques, soit au moment même des crises, soit en dehors



Fig. 178.
Scène d'exorcisme. Dessin au trait d'après un des bas-reliefs en bronze de la porte de l'église de Saint-Zénon à Vérone.
Je regrette de n'avoir eu à ma disposition qu'une photographie de la porte tout entière dans laquelle la partie consacrée à la scène de l'exorcisme est réduite à de très petites proportions. A l'aide d'une épreuve photographique agrandie, j'ai pu faire le croquis ci-joint dont je puis garantir l'exactitude quant à l'ensemble, mais dans lequel les détails nous échappent malheureusement.

d'elles, et combien est fréquent aussi le mouvement de renversement du tronc en arrière sous forme d'arc. Derrière elle, un moine lui saisit l'avant-bras droit d'une main, pendant que de l'autre il soutient les épaules et la tête qui se renverse également. En avant, un évêque mitré, qui tient de sa main gauche l'autre bras de la possédée, élève la main droite qui fait le geste de la bénédiction.

Au-dessus le démon, sous la forme d'un génie, paraît sortir de la bouche de la patiente.

III. FRESQUE DE FRANCESCO DI GIORGIO AU PALAIS-PUBLIC A SIENNE (DERNIER TIERS DU XVe SIÈCLE) (fig. 179)

L'*Histoire de la peinture italienne* de Rosini nous a fait connaître une fresque de Francesco di Giorgio, dans laquelle est figurée une démoniaque. Grâce à l'extrême obligeance du Dr Tommaso Tommasi de Florence nous avons pu nous en procurer une photographie qui nous permet d'apprécier l'œuvre du peintre dans toute sa vérité.

Le corps d'un saint moine est exposé entouré de religieux. A droite, un groupe d'infirmes viennent demander la guérison. A gauche, on amène une possédée. La figure 179 reproduit cette partie du tableau.

La possédée s'agite maintenue par deux hommes dont l'un la saisit en arrière à bras le corps, pendant que l'autre en avant lui tient l'épaule. Elle se renverse en arrière, le visage tourné en haut, le bras gauche levé presque perpendiculairement, le bras droit au contraire abaissé. La bouche



Fig. 179.
Guérison d'une possédée. Dessin au trait d'un fragment d'une fresque de Francisco di Giorgio au Palais-Public à Sienne. Ce dessin a été fait d'après une photographie.

entr'ouverte laisse échapper un petit diable tenant une fourche. Le trait le plus saillant à relever est le geste de la main gauche. Nous y retrouvons une attitude bien voisine du geste iératique prêté d'ordinaire aux exorcistes et aux personnages sacrés. Par quelle contradiction l'artiste a-t-il donné ce geste à la main de l'esclave du démon? Nous pensons qu'il faut voir là une preuve de la sincérité du peintre qui très vraisemblablement n'a eu d'autre motif de figurer cette attitude de la main (les trois premiers doigts étendus, les deux derniers fléchis), que celui de l'avoir observée sur nature.

En effet, au milieu des contorsions de ces crises convulsives dont l'aspect est si effrayant que nous les avons décrites plus haut sous le nom de *crises démoniaques*, nous avons vu souvent les doigts reproduire l'attitude en



Fig. 180.
Le Christ guérissant les possédés. Dessin au trait d'une miniature d'un livre de chœur à Sienne. Ce dessin a été fait d'après une photographie que nous devons à l'obligeance du Dr Tommaso Tommasi de Florence.

question. Dans l'espèce, c'est là un geste dû uniquement à la contracture et dans lequel il n'entre aucune signification spéciale en rapport avec une hallucination. Nous savons d'ailleurs que cette attitude de la main que nous avons étudiée au sujet des contractures de l'hypnotisme sous le nom de « griffe cubitale » est due à l'action simultanée de tous les muscles tributaires d'un des gros tronc nerveux du membre supérieur, le nerf cubital.

Cette peinture est considérée comme une des meilleures de Francesco di Giorgio plus généralement connu comme architecte. Crowe et Cavalcasselle l'apprécient en ces termes flatteurs : *Genuine, very careful and a pleasing work*[1].

IV. MINIATURE D'UN LIVRE DE CHŒUR DE SIENNE (2e MOITIÉ DU XVe SIÈCLE) (fig. 180)

Une miniature, qui remplit tout l'intérieur d'un O majuscule, représente, dans une scène pleine de mouvement, le pouvoir du Christ sur les démons. Un possédé subit sa délivrance, un genou en terre, se tenant la tête à deux mains et la face horriblement grimaçante tournée vers le Christ. De la bouche démesurément ouverte s'échappe le démon. Derrière lui, on voit une femme également possédée qui mérite d'attirer tout particulièrement notre attention. En attendant que la délivrance arrive, elle paraît être sous le coup d'une vive agitation. Le mouvement du bras et la torsion un peu forcée de la tête indiquent les gesticulations les plus désordonnées. La face est surtout intéressante à étudier. La convulsion des globes oculaires, dont les pupilles tendent à se cacher sous la paupière supérieure, est un trait bien caractéristique qui fait partie au premier chef de la crise convulsive hystérique et que nous verrons prêté aux possédés par les meilleurs artistes. Les sourcils contractés et les rides frontales expriment la souffrance; les ailes du nez se relèvent et la bouche, grande ouverte, laisse voir les dents.

C'est elle qui attire plus spécialement l'attention des personnages situés à droite, dont les physionomies expriment surtout l'étonnement, l'horreur et le dégoût.

V. FRESQUE D'ANDRÉ DEL SARTE (1510) (fig. 181)

Parmi les fresques d'André del Sarte dans le cloître de l'Annonciata, relatives à l'histoire de saint Philippe de Néris, se trouve une très remarquable scène d'exorcisme. M. Ch. Blanc en fait, au point de vue esthétique, le plus grand éloge.

« Dans l'une (de ces fresques), dit-il, on voit saint Philippe guérir une jeune femme possédée du démon, elle s'évanouit avec une grâce involontaire et une vérité si exquise que les plus grands maîtres voudraient avoir inventé cette figure. »

Nous espérons, tout en restant dans les limites restreintes que nous nous sommes imposées, fournir à la critique de nouveaux éléments d'appréciation, en montrant qu'André del Sarte a puisé dans la nature même les traits de sa composition, et que, selon toute vraisemblance, il a peint une démoniaque telle qu'il l'a eue sous les yeux dans une des scènes de ce genre qui n'étaient point très rares à cette époque.

1. *A New History of Painting in Italy from the second to the sexteenth Century*, by J.-A. Crowe and G.-B. Cavalcasselle, vol. III, p. 67, London, 1866.

Nous retrouvons là, en effet, plusieurs caractères de l'attaque de grande hystérie à son début. Il semble que le moment choisi par le peintre soit celui qui inaugure l'attaque et précède les grandes convulsions. En termes scientifiques nous pourrions dire que la malade est dans la première période ou période épileptoïde de son attaque. Il nous serait possible de préciser plus encore et d'ajouter qu'elle est dans la phase de contracture tonique (Voy. p. 39 et 44).

Saisie par son mal, la jeune femme tombe à la renverse et la rigidité a déjà envahi tout le corps. Cette chute n'a rien du laisser aller avec flaccidité musculaire de la syncope ou de l'évanouissement, ainsi que le pense M. Ch. Blanc. On sent que ce corps ainsi courbé en arrière est raidi des pieds à la tête. Les



Fig. 181.
Saint Philippe de Neri exorcisant une possédée. Dessin au trait d'un fragment de la fresque d'André del Sarte, d'après une photographie.

membres inférieurs légèrement fléchis sont contracturés ainsi que le témoignent les pieds convulsés la pointe en dedans. La tête, fortement renversée, fait saillir le cou gonflé, et toute la face bouffie et turgescente trahit l'arrêt apporté à la respiration par le spasme généralisé. Les deux bras s'écartent du tronc comme pour exécuter ces *grands mouvements toniques* que nous avons décrits plus haut (Voy. p. 48). Il est vrai que, dans notre hypothèse, les doigts devraient être fléchis dans la paume de la main et les avant-bras en pronation au lieu d'être en supination. Mais la main droite est, sur la fresque, manifestement crispée, plus que ne le représente notre dessin inexact dans ce détail.

Tous ces caractères ne représentent pas l'accès d'épilepsie véritable, mais ils appartiennent sans conteste à cette phase de la grande attaque hystérique qui simule parfois à s'y méprendre l'accès épileptique et que nous désignons du nom de période épileptoïde.

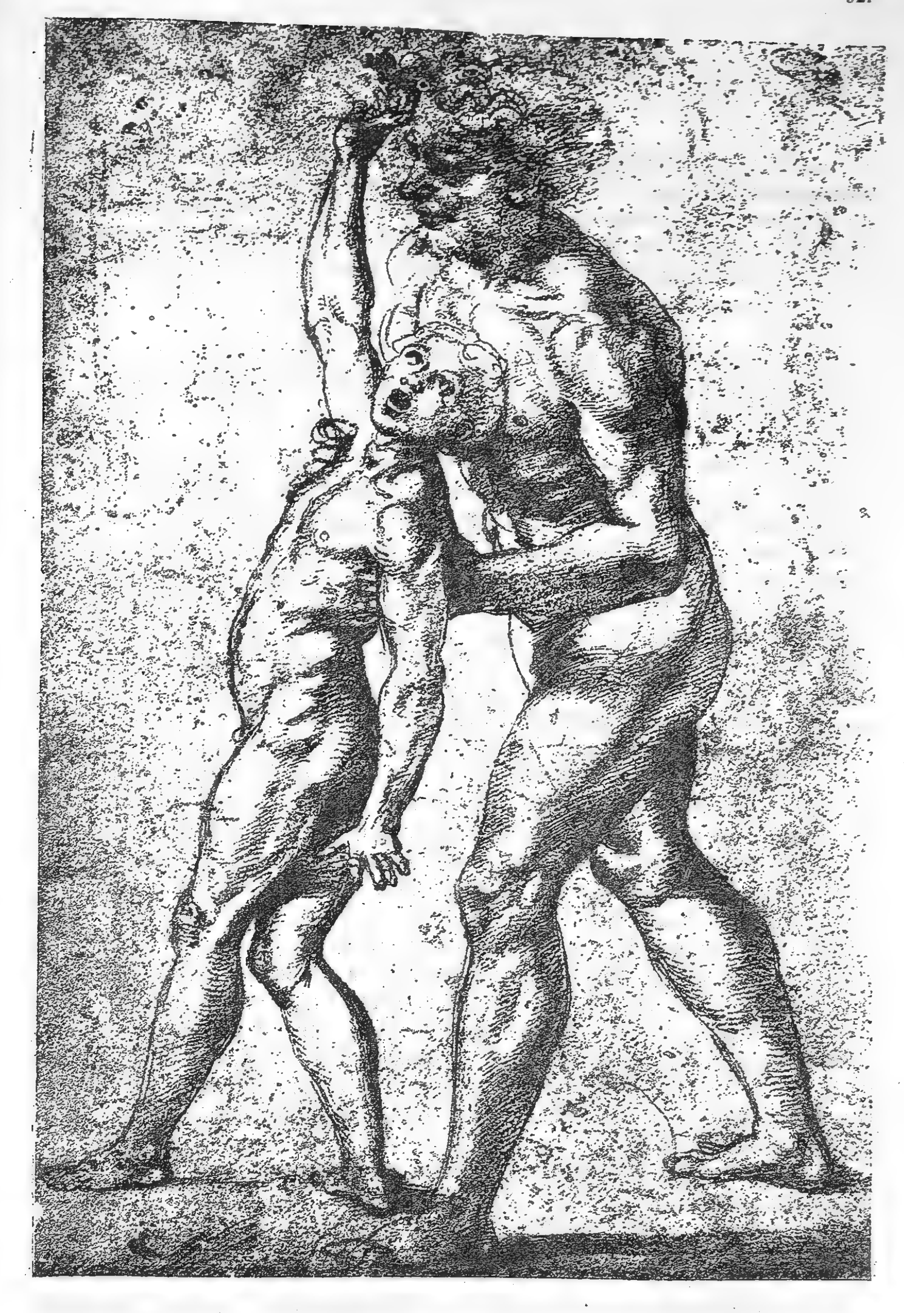


Fig. 182.

Fac-simile d'une étude de Raphaël pour le jeune possédé de « La Transfiguration. »
Dessin de la bibliothèque Ambroisienne, Milan.

VI. TABLEAU DE RAPHAEL « LA TRANSFIGURATION » (1520) (fig. 182)

Raphaël dans son tableau de « La Transfiguration » nous montre un jeune démoniaque en état de crise. Déjà un physiologiste éminent, Sir Charles Bell, a porté sur le possédé de Raphaël quelques appréciations fort judicieuses à notre avis. Il met en parallèle deux peintures de démoniaques, celle de Raphaël et celle du Dominiquin dont il sera question plus loin et il n'hésite pas à décerner la palme à ce dernier.

« Cette figure, dit-il, en parlant du démoniaque de Raphaël n'est pas naturelle. Un médecin conclurait en le voyant que le jeune homme feint un mal qu'il n'éprouve pas. Jamais enfant n'eut des convulsions pareilles... »

Nous ne pouvons que souscrire à ce jugement. Dans la partie supérieure du corps, qui seule paraît sous le coup de la crise, les signes de convulsions sont fantaisistes et contradictoires. Malgré la distorsion des globes oculaires, cette physionomie n'est point celle d'un sujet en état de crise. La bouche grande ouverte laisse échapper de grands cris qui sont en opposition avec l'état de spasme généralisé dont la raideur qui envahit les membres supérieurs tend à établir l'existence. D'ailleurs cette convulsion elle-même n'a rien de naturel. Le bras droit est levé verticalement, la main dans une pose académique mais sans caractère. Le bras gauche est abaissé, tous les muscles se dessinent en saillies violentes, le poignet étendu, les doigts écartés et en extension forcée. Parmi les attitudes imprimées à un membre par le processus convulsif des attaques, et qui peuvent varier de mille façons ainsi qu'on peut le voir dans les dessins que nous avons donnés plus haut, celle qui a été représentée par Raphaël est peut-être la seule que l'on n'ait jamais l'occasion d'observer. Nous savons que l'attitude de la main la plus fréquente, lorsque l'avant-bras est étendu, consiste dans la flexion forcée du poignet et des doigts avec pronation exagérée.

Enfin le jeune malade se tient droit et ferme sur les jambes. Il marche fort correctement, si bien que, vu le désordre de la partie supérieure du corps, les membres inférieurs ne paraissent pas appartenir au même individu.

La figure 182 est un fac-simile d'un dessin au crayon de la bibliothèque Ambroisienne qui nous montre que ce groupe du possédé n'a pas été, de la part de Raphaël, l'objet d'une moindre attention que les autres parties du tableau. C'est une étude de nu très consciencieuse du jeune lunatique et du personnage qui le soutient.

En résumé, au point de vue spécial où nous nous plaçons ici, le tableau de Raphaël ne nous apprend rien. Son possédé n'a aucun des caractères de l'hystérie. Nous ajouterons même que, du moins à notre avis, cette figure ne répond à aucune autre maladie convulsive connue.

VII. UN TABLEAU DE DÉODAT DELMONT (1581-1644) « LA TRANSFIGURATION » (fig. 183)

Je rapprocherai de « La Transfiguration » de Raphaël le tableau sur le même sujet d'un peintre du siècle suivant, et de l'École de Rubens, Déodat Delmont.

Le peintre flamand a conçu son tableau sur le même plan que celui de Raphaël, d'où résultent, entre les deux œuvres, de grandes analogies qui, pour



Fig. 183.
Fragment de « La Transfiguration » de Déodat Delmont. Groupe du possédé. Dessin au trait d'après une photographie, et d'après un croquis de M. Charcot.

ainsi dire, forcent la comparaison. D'un autre côté, on peut y signaler d'importantes différences; en particulier, dans le groupe du possédé que Delmont a représenté au milieu d'une crise de convulsions violentes, et que des caractères évidemment pris sur nature nous permettent de rapporter à la grande hystérie.

Le tableau de Delmont est au musée d'Anvers où M. Charcot l'avait remarqué et dessiné. Grâce à l'extrême obligeance de M. Leys, nous avons pu en avoir une photographie d'après laquelle nous avons fait le dessin au trait que représente la figure 183.

On peut voir du premier coup d'œil quel contraste existe entre le possédé



Fig. 184.
Sainte Catherine de Sienne guérissant une possédée. Fragment d'une fresque de Francesco Vanni dans l'église Saint-Dominique à Sienne. Dessin au trait d'après une photographie.

de Delmont et celui de Raphaël. Le possédé de Delmont est dans une agitation telle qu'il ne saurait se tenir debout. Il est soulevé de terre par un homme d'apparence athlétique et qui n'a pas trop de toute sa force pour le maintenir. Son membre supérieur droit s'élève comme pour frapper, le poing fermé, pendant que l'autre membre supérieur dont la main cherche à déchirer la draperie qui enveloppe le torse est emprisonné dans l'étreinte

vigoureuse de l'aide qui l'a saisi. Ses membres inférieuas, dont l'ud est fléchi, s'agitent dans le vide. La tête penchée à gauche nous montre une physionomie agitée : les globes oculaires convulsés en bas sont en même temps en strabisme interne, et la bouche est à demi-ouverte dans un mouvement convulsif bien observé.

En somme, cette figure a, dans son ensemble, un accent de vérité et de sincérité qui manque complètement à celle de Raphaël. Nous y trouvons plusieurs signes qui appartiennent sans conteste aux convulsions de l'hystéro-épilepsie.

VIII. UNE FRESQUE DE FRANCESCO VANNI (1563-1609) DANS L'ÉGLISE SAINT-DOMINIQUE A SIENNE (fig. 184)

Une fresque importante de Francesco Vanni, dans l'église Saint-Dominique à Sienne, représente sainte Catherine de Sienne délivrant une possédée.

La figure de la démoniaque ne manque pas d'intérêt.

Renversée à terre, les jambes fléchies et croisées, les bras ouverts, elle ne paraît pas se débattre, car elle n'est maintenue par aucun aide. On pourrait la supposer à un de ces moments de la crise où la contracture généralisée immobilise tout le corps dans des poses variées. Le croisement des jambes, la main gauche crispée sont des traits à relever. La tête et la partie supérieure du tronc reposent sur les genoux d'un homme agenouillé dont le geste marque la surprise et l'effroi. Ce personnage, presque complètement effacé sur la fresque, se retrouve dans une attitude analogue sur des gravures faisant partie d'une suite relative à la vie de sainte Catherine et exécutées d'après les dessins de Vanni. La tête, complètement renversée et tordue de côté, présente la face qui nous paraît être la partie la plus faible de la composition. Les yeux, démesurément et inégalement ouverts, avec un peu de strabisme divergent, la bouche entr'ouverte et légèrement tordue, n'impriment à la physionomie aucune expression caractéristique, et nous semblent plus proches de la fantaisie que de la réalité.

IX. TABLEAU DE MATTEO ROSSELLI (1578-1650) (fig. 185)

Un tableau de Matteo Rosselli, dans l'église de l'Annonciata à Florence, n'est découvert et proposé à l'admiration des fidèles que le jour de la fête de l'Annonciation. Peu de gens ont donc l'occasion de le voir ; mais une gravure que nous devons à l'extrême obligeance du Dr Tommaso Tommasi suffit pour montrer tout l'intérêt qu'il a pour nous [1].

Il ne s'agit point ici d'exorcisme. Aucun prêtre ou diacre n'est présent ; et rien ne nous fait supposer dans les gestes des assistants une manœuvre des-

1. Nous n'avons pas pu faire reproduire directement la gravure originale à cause de son mauvais état. Nous en avons fait un trait aussi fidèle que possible, que nous donnons ici.

tinée à expulser le démon. Point particulier à noter, la délivrance n'en a pas moins lieu ainsi que le témoignent les trois petits diables qui s'échappent dans les courtines du lit.

La possédée est étendue toute habillée sur son lit, et la violence de ses convulsions doit être fort grande puisque quatre personnes, dont deux hommes, sont nécessaires pour la contenir; une cinquième arrive prêter main-forte apportant un linge vraisemblablement destiné à servir de lien. On peut

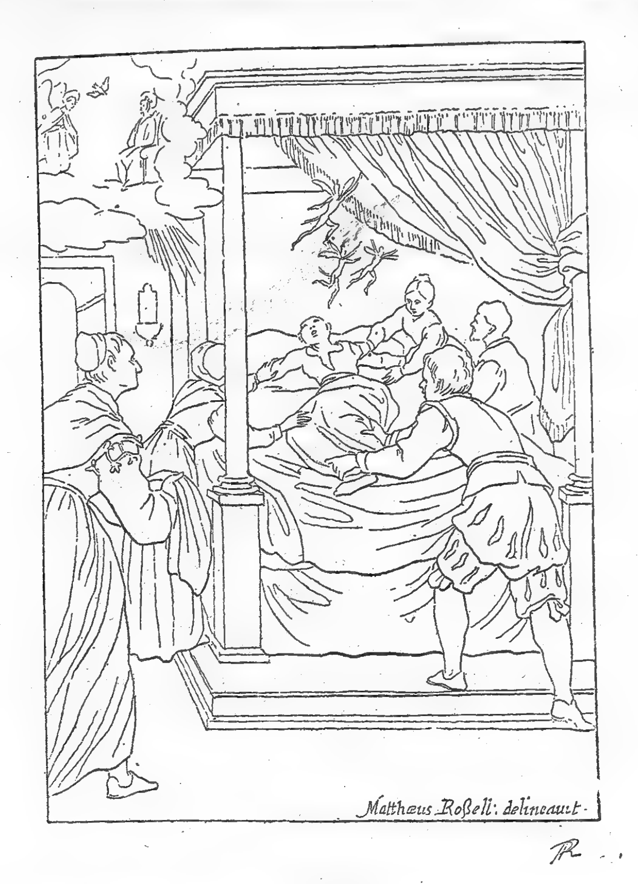


Fig. 185.
Scène de possession. Dessin au trait d'après une ancienne gravure que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Tommaso Tommasi de Florence.

remarquer que l'aide qui est aux pieds du lit, en même temps qu'il maintient les jambes de la malade, rassemble ses jupes dans un mouvement destiné à sauvegarder la pudeur que l'agitation de la patiente ne manque pas de mettre à une rude épreuve.

Quant à la possédée elle-même, étendue sur le dos, le corsage entr'ouvert, les jambes demi-fléchies, les bras écartés du tronc, maintenue par la partie antérieure de l'épaule et du bras, elle semble se livrer à ces grandes gesti-

culations avec flexion du tronc en avant que nous avons décrites plus haut dans la crise hystérique, sous le nom de « mouvements de salutation » (Voy. p. 78). La petite dimension de la gravure ne nous permet pas de juger com-



Fig. 186.
Saint Benoît guérissant un possédé. Fragment d'une fresque de Louis Carrache dans le cloître Saint-Michel in Bosco à Bologne. Dessin au trait d'après une photographie de la gravure de Simone Cantarini que nous devons à l'obligeance du Dr Tommaso Tommasi de Florence. (Cette gravure est au musée des Offices à Florence.)

plètement de la physionomie. Cependant on peut constater que la bouche est ouverte, les yeux vraisemblablement convulsés en haut et toute la face légèrement bouffie.

Tous ces traits appartiennent à la deuxième période de la grande attaque hystérique ou période de clownisme.

Il n'est pas sans intérêt de rapprocher cette gravure de la planche VII (p. 201) qui représente la variété de la grande attaque hystérique décrite sous le nom d'attaque de clownisme ou de grands mouvements.

X. FRESQUE DE LOUIS CARRACHE (1554-1619) (fig. 186)

Nous ne dirons que peu de chose du possédé de Louis Carrache, dont le geste un peu emphatique des membres supérieurs nous paraît s'éloigner de la nature. Le désordre des vêtements qui laissent la poitrine à nu, les mouvements désordonnés des jambes et la saillie de la langue, sont, à notre avis, les points les plus intéressants qui méritent d'être signalés.

XI. FRESQUE DU DOMINIQUIN (1581-1641) (fig. 187)

Le jeune possédé peint par le Dominiquin ne se débat pas. Un homme seul le soutient par derrière pour l'empêcher de tomber plutôt que pour le contenir. Il n'en possède pas moins tous les caractères de la grande attaque hystérique sous son mode qui paraît être le plus fréquent chez les jeunes garçons, c'est-à-dire représenté par la phase des « contorsions » de la deuxième période.

L'attitude figurée par le Dominiquin n'est autre que celle que nous avons désignée sous le nom d'arc de cercle (voy. p. 70.) Tout le tronc rigide est courbé en arrière, les membres inférieurs contracturés dans l'extension ne reposent que sur les gros orteils, on remarque, en outre, un léger degré de rotation en dedans; la tête elle-même, légèrement tournée de côté, paraît ramenée de force en avant par l'aide. La convulsion a envahi aussi la face; les yeux sont convulsés en haut, et la bouche est ouverte. L'introduction de l'index de l'exorciste dans la bouche nous permet de supposer que la mâchoire inférieure est immobilisée en cette situation par la contracture. L'attitude des bras est la seule partie de cette figure qui, dans l'hypothèse où nous nous plaçons, puisse donner prise à la critique. Nous savons, en effet, que pendant la « contorsion » les poings sont d'ordinaire fermés et les avant-bras plutôt en supination qu'en pronation.

Charles Bell rapproche l'attitude du jeune possédé du spasme opisthotonique du tétanos.

« Ce serait, dit-il, la vraie position de l'espèce de contraction musculaire ou de tétanos appelée opisthotonos, parce que le corps est renversé en arrière, si les mains n'étaient pas déployées, les doigts ouverts et la mâchoire abaissée. Pour que la représentation fut tout à fait naturelle, il aurait fallu que le démoniaque grinçât les dents. »

Charles Bell donne comme point de comparaison le dessin d'un soldat atteint d'opisthotonos à la suite d'une blessure à la tête. Nous avons reproduit ce dessin plus haut (fig. 38). Nous avons montré alors les caractères qui différencient cette attitude opisthotonique, de l'arc de cercle si fréquent chez les hystériques.

C'est à la grande névrose, pensons-nous, qu'il convient de rattacher l'atti-



Fig. 187.
Le miracle de saint Nil. Guérison d'un jeune possédé. Fragment d'une fresque du Dominiquin dans le couvent de Grotta Ferrata. Dessin au trait d'après une photographie.
Il existe à Paris, dans l'escalier de l'École des beaux-arts, une copie de cette œuvre remarquable.

tude donnée par le Dominiquin à son jeune démoniaque. Les critiques de Charles Bell tombent alors d'elles-mêmes; l'arc de cercle hystérique peut exister avec l'ouverture de la bouche et l'écartement des membres supérieurs. D'ailleurs tout porte à faire croire que le Dominiquin a pris son modèle sur

nature, et le spasme silencieux du véritable tétanos offre bien peu de prise à l'interprétation démoniaque.

XII. UN DESSIN D'ADAM VAN NOORT (1562-1641) (fig. 188)

Adam Van Noort fut le maître de Rubens et de Jordaens dont nous étudierons plus loin les figures de démoniaques. Dans une suite de dessins qu'il fit

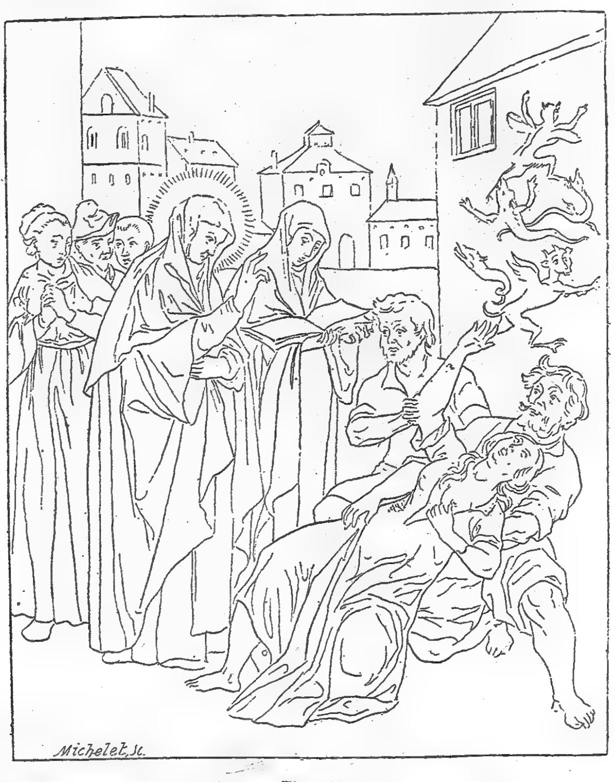


Fig. 188.
Sainte Claire délivre une dame de Pise de cinq démons qui la possédaient. Dessin au trait d'après une gravure faisant partie d'une suite intitulée. *Icones sanctæ Claræ B. Francisci assisiatis primigeniæ discipulæ vitam, miracula, mortem repræsentantes.* Adrianus Collaert sculp. et excudit. Adam van Oort figuravit. Au cabinet des estampes de la Bibliothèque nationale.

pour l'illustration de la vie de sainte Claire, nous trouvons une scène d'exorcisme qui mérite d'être signalée.

La possédée est dans la phase d'agitation. A demi-renversée, elle est soutenue par deux hommes. Prenant appui d'un côté sur le sol avec le pied droit, et de l'autre, avec la tête, contre la poitrine d'un des aides qui la maintiennent, la malade semble s'arc-bouter pour soulever le tronc en arc de cercle, attitude qui, ainsi que nous l'avons vu, est si fréquente chez les hystériques.

La main droite d'un aide portant sur le côté du ventre s'oppose à ce mouvement. La tête est dans l'extension, la bouche ouverte, les yeux convulsés en haut. Enfin je signalerai le geste de la main gauche qui ouvre la robe, découvrant complètement le sein. C'est là un trait caractéristique des attaques d'hystérie et que nous retrouverons dans la démoniaque de Rubens.

XIII. LES POSSÉDÉS DE RUBENS (1620)

Nous arrivons avec Rubens au point décisif de notre démonstration. Une seule des œuvres de ce maître suffirait à justifier notre thèse, et telle de ses possédées offre des caractères si vrais et si saisissants que nous ne saurions trouver une représentation plus parfaite des crises hystériques à forme démoniaque que nous avons actuellement même sous les yeux dans les salles de l'hospice. Il a fallu toute l'intuition du génie, jointe à une grande acuité d'observation, pour saisir et fixer avec tant de bonheur et de sûreté les traits fondamentaux d'un tableau si changeant et si complexe. La figure créée par le pinceau de Rubens est un véritable type. Elle est en même temps une image si fidèle de la nature que, malgré le temps, elle demeure toujours vraie, et qu'aujourd'hui, à plus de deux siècles de distance, nous y retrouvons les signes indéniables d'une affection nerveuse alors méconnue.

Il semble que la représentation des démoniaques ait été pour Rubens un sujet de prédilection.

Nous connaissons de lui :

1° Un tableau dans l'église Saint-Ambroise à Gênes représentant saint Ignace délivrant une possédée et ressuscitant un enfant mort ;

2° Un tableau plus important encore sur le même sujet, du musée de Vienne ;

3° L'esquisse pour le tableau précédent au même musée ;

4° Une gravure de Marinus reproduisant avec quelques légères modifications le tableau de Vienne ;

5° Une étude pour la tête de la possédée du tableau de Vienne ;

6° Un dessin du Louvre ayant trait au même sujet ;

7° Une gravure d'après un tableau inconnu représentant saint François de Paule montant au ciel et dans lequel se trouvent au premier plan un homme et une femme possédés.

Le haut intérêt que présentent, à notre point de vue spécial, les démoniaques de Rubens, justifiera les détails un peu plus étendus dans lesquels nous entrerons à leur sujet.

1° Tableau de l'église Saint-Ambroise à Gênes (fig. 189)

Les deux tableaux sur le même sujet, celui de Gênes et celui de Vienne auraient été exécutés la même année (1620), à quelques mois d'intervalle. Nous trouvons dans un travail de M. Paul Mantz[1] sur Rubens quelques détails fort intéressants sur les circonstances de leur exécution.

1. *Gazette des beaux-arts*, 1er novembre 1883.

Rubens avait été élevé par les jésuites d'Anvers et il prit plaisir à travailler pour eux. C'est pour l'église qu'ils avaient fait construire, qu'en outre de fresques nombreuses, Rubens avait peint plusieurs tableaux importants, entre autres le saint Ignace actuellement à Vienne et dont nous parlerons tout à l'heure.

Au même moment il travaillait pour Gênes. « Au temps de sa jeunesse,

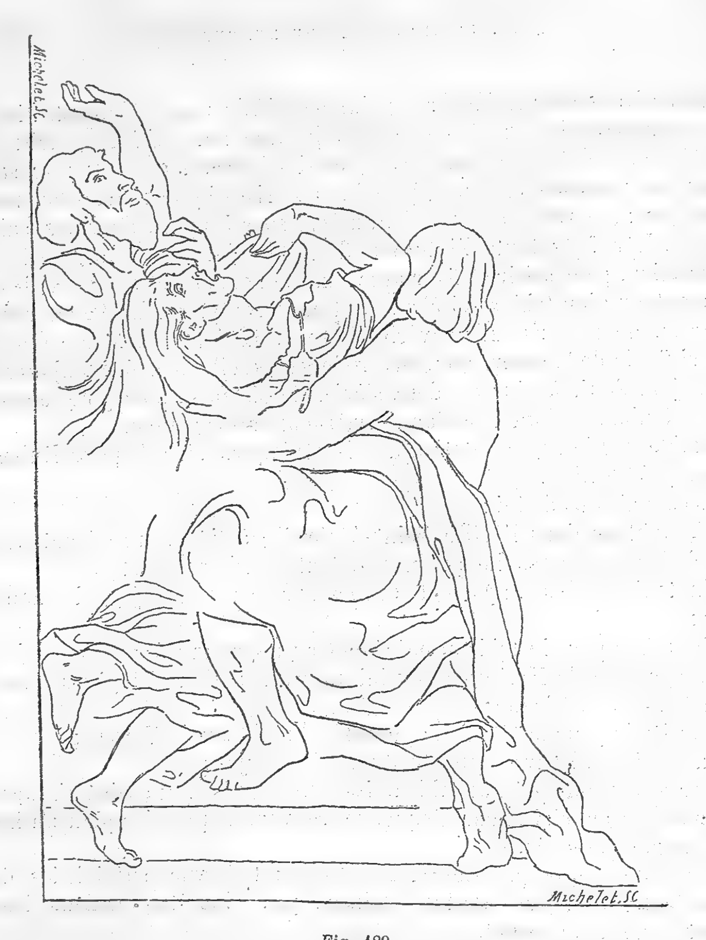


Fig. 189.
Groupe de la possédée du tableau de Rubens : « Saint Ignace guérissant une possédée et ressuscitant les enfants morts » dans l'église Saint-Ambroise à Gênes. Dessin au trait d'après une photographie que nous devons à l'obligeance du Dr Tommaso Tommasi de Florence. Il n'existe aucune autre reproduction de ce tableau.

dit M. P. Mantz, lors des fêtes données au duc de Mantoue, il avait connu plusieurs gentilshommes de la noblesse génoise, entre autres le marquis Nicolo Pallavicini. Il lui avait sans doute fait une promesse. C'est en 1620 seulement que Rubens put tenir sa parole. D'après un document cité par Armand Baschet, c'est alors qu'arriva à Gênes saint Ignace opérant des

miracles que le marquis fit placer à l'église du Gèsu, aujourd'hui Saint-Ambroise. Ce tableau, qui n'a pas été gravé, est un des plus beaux Rubens qu'on puisse voir en Italie... Dans son voyage publié en 1758, l'aimable Cochin

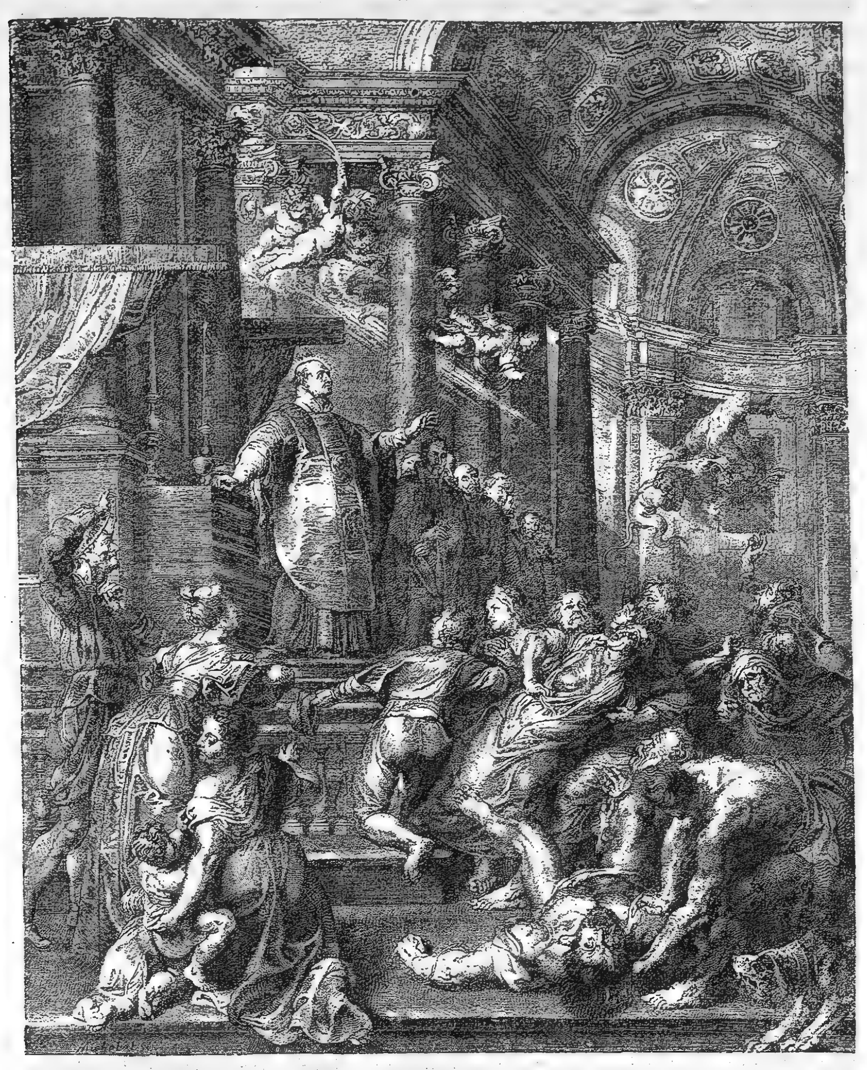


Fig. 190.
Saint Ignace guérissant les possédés. Fac-simile de la gravure de Marinus d'après le tableau de Rubens qui se trouve au musée de Vienne.

a parlé avec chaleur du *Saint-Ignace* de Gênes : « à gauche, dit-il, on voit un saint jésuite qui guérit une possédée et ressuscite des enfants. C'est un grand tableau de Rubens; il est admirable, d'une belle composition distribuée par grandes masses d'ombres et de lumières; les têtes sont belles, bien rendues et de beaux caractères, belle couleur, belles étoffes ». Cet avis est aussi celui

de M. Armand Baschet qui résume son impression en ce mot significatif : Tout est chef-d'œuvre dans cet ouvrage. »

Le groupe qui nous intéresse occupe le côté droit du tableau. Nous en donnons une reproduction au trait faite d'après d'une photographie que nous devons à l'extrême obligeance du Dr Tommaso Tommasi qui ne l'a obtenue qu'avec beaucoup de peine.

La possédée est fortement renversée en arrière, courbée en arc, la tête dans l'extension forcée, les muscles saillants. La face se présente complétement de profil, le globe oculaire est convulsé en bas, la pupille a demi-cachée sous la paupière inférieure. La bouche est ouverte. Le membre supérieur droit dont les muscles sont contractés, tire avec force sur une draperie.

J'ajouterai que les autres parties de cette figure ne répondent pas aux mouvements pleins de vérité que je viens de signaler; le bras gauche est levé dans une attitude sans caractère, et les deux membres inférieurs ne portent aucun signe de convulsion. La démoniaque du tableau de Vienne est de beaucoup supérieure à celle-ci ; je n'insisterai pas ici sur des différences qui ressortiront de la description que nous entreprendons plus loin. Il y a ici, cependant, un trait que je tiens à relever parce qu'il n'existe pas aussi accusé sur la démoniaque de Vienne, c'est le renversement très exagéré en arrière qui rappelle très exactement la contorsion désignée chez nos hystériques sous le nom d'arc de cercle.

La possédée est maintenue par deux hommes dont l'un soutient la taille, pendant que l'autre saisit le bras gauche. Derrière ce groupe, un personnage lève les bras en joignant les mains pour demander le miracle.

A droite du tableau, se trouve une femme entourée d'enfants ; dans l'angle du même côté, plus sur l'avant-plan, une autre femme se penche sur un enfant mort étendu à terre. Derrière ces personnages on distingue un homme demi-nu et une vieille femme ; tous deux regardent la possédée et paraissent douter du miracle.

Dominant les deux groupes, saint Ignace, debout sur les marches de l'autel, les deux mains tendues en avant, l'œil au ciel, implore l'intercession divine. Il est escorté de deux clercs et des frères de son ordre.

Dans la partie supérieure du tableau, au-dessus de la tête de saint Ignace, deux petits anges. Dans le coin à gauche, on voit la nef éclairée de l'église, mais on n'y distingue aucun démon.

2° Tableau du musée de Vienne

Le tableau du musée de Vienne est exactement conçu sur les mêmes données que celui de Gênes que nous venons d'étudier. On y trouve la même composition, les mêmes groupes : saint Ignace et ses clercs, le groupe de la possédée, les mères avec leurs enfants, une disposition architecturale analogue ; mais chacune de ces parties subit une interprétation plus large, plus grandiose ; le cadre s'élargit, le nombre des personnages augmente ; le tableau de Gênes est le thème, celui de Vienne une magnifique amplification. A Gênes, c'est une scène presque intime, le geste est plus sobre, le mouvement plus mesuré ; à Vienne, suivant l'expression de M. Mantz, c'est un tableau à grand spectacle, une composition agitée et tumultueuse.

Il existe du tableau de Vienne une photographie de la collection Miethke qui nous permet de l'apprécier dans les moindres détails. Tout est à louer dans la figure de la démoniaque; et je regrette vivement de ne pouvoir en donner ici une fidèle reproduction. La figure que nous donnons (fig. 190) est le facsimile d'une gravure estimée de Marinus d'après le tableau de Vienne, mais il existe, entre le tableau original et la reproduction, des différences sur lesquelles nous reviendrons plus loin, et qui rendent l'œuvre du graveur bien inférieure, du moins à notre point de vue, à l'œuvre du peintre. Néanmoins, cette gravure donne fort bien l'ensemble du tableau.

Le catalogue du musée de Vienne en donne une description fort détaillée à laquelle nous prendrons quelques traits.

Debout sur les marches d'un autel, saint Ignace vêtu d'une chasuble richement brodée se tourne vers les assistants dans une attitude pleine de majesté, le regard dirigé en haut, la main droite levée, et la gauche appuyée sur l'autel. Les frères de l'ordre, groupés à sa droite en une sorte de chœur et revêtus simplement de robes noires, se tiennent plus en arrière. Les cierges allumés et le calice sur l'autel indiquent un moment du service divin. Aux pieds de l'autel, le peuple se presse en deux groupes serrés dont le plus important, à droite, et faisant face au saint, est celui des possédés.

En effet ce groupe qui, dans le tableau de Gênes, comprend quatre personnages dont une femme possédée, n'en contient pas moins de treize dans le tableau de Vienne dont deux démoniaques, un homme et une femme. De plus, à Gênes, le groupe de la possédée est à la droite du saint qui a en face de lui le groupe plus important des femmes entourées de leurs enfants.

Dans le tableau de Vienne comme dans celui de Gênes, Rubens a représenté un double miracle, la guérison des possédés, et la résurrection des enfants morts. Mais tandis qu'à Gênes le peintre a donné plus d'importance à la résurrection des enfants, à Vienne, la possession démoniaque tient le premier rang. Tout dans la composition est disposé de façon à mettre en valeur le groupe des démoniaques.

Au premier plan, Rubens a placé, dans un raccourci plein de hardiesse, un homme possédé, presque entièrement nu, renversé à terre, et qui, dans une effroyable convulsion, a brisé les cordes dont il était attaché. J'insisterai peu sur cette figure qui n'existe pas sur le tableau de Gênes, et qui est surtout remarquable par la violence et l'effroi. La tête renversée montre la face affreusement convulsée. Les yeux sont distors, les pupilles convulsées en haut, la bouche est ouverte, les lèvres bleues et écumantes.

Un homme à moitié nu se penche pour relever le malheureux. D'autres personnages s'approchent avec des airs mêlés de curiosité et de pitié. Un vieillard joint les mains et prie en regardant le saint.

Ce démoniaque est une figure d'un effet peut-être un peu théâtral mais qui, dans tous les cas, rend bien le degré inouï de violence que peuvent atteindre les convulsions hystériques chez l'homme.

Contrairement à la démoniaque de Gênes qui se présente presque de dos, celle de Vienne est vue presque de face, la tête un peu tournée à gauche et vue de trois quarts. Trois personnages au moins la maintiennent au prix des plus grands efforts; l'un d'eux, un genou en terre, et tourné vers le saint, implore et demande le miracle, pendant que de la main gauche il soutient la malheureuse.

Cette figure de la démoniaque présente les caractères les plus remarquables de la grande attaque hystérique.

Le cou est gonflé au point que les reliefs musculaires sont masqués. Ce gonflement n'a rien d'exagéré, nous l'avons observé bien des fois tel que Rubens l'a représenté. Et il a fallu de la part de ce maître un grand respect de la vérité pour n'en rien atténuer et consentir à cette hideuse déformation des lignes du cou.

La face nous présente plusieurs autres signes également caractéristiques. La bouche est ouverte avec protrusion de la langue, les narines dilatées et relevées; les globes oculaires, convulsés en haut et cachant presque complètement la pupille sous la paupière supérieure, sont autant de signes sur lesquels je n'ai pas besoin d'insister ici, mais que l'on trouvera décrits plus haut parmi les symptômes de la grande attaque.

Ce n'est pas tout, le mouvement des deux membres supérieurs complète le tableau et achève la ressemblance. De la main droite notre possédée tire à pleine poignée sur une mèche de ses cheveux épars, pendant que la main gauche saisit violemment la chemise pour la déchirer. La robe entr'ouverte retombe sur les hanches et témoigne de la violence des convulsions qui ont précédé, et de la fureur qu'a mise l'énergumène à se déchirer elle-même. D'ici peu la chemise aura cédé comme la robe, et la possédée apparaîtra complètement nue, comme il arrive chez certaines malades qui, pendant leur crise, ne sauraient garder aucune entrave; en quelques instants elles ont bientôt mis en pièces tout vêtement.

Il était impossible de dire plus en aussi peu de mots, et de réunir en une même figure plus de signes caractéristique de la grande névrose.

Le groupe qui est en face, de l'autre côté du tableau, est plus calme. Une femme s'approche avec son petit enfant dans les bras, une deuxième à genoux a deux enfants à ses côtés. Derrière elles, un homme qui paraît être un possédé guéri enlève les cordes avec lesquelles on l'avait attaché.

Dans la nef ensoleillée de l'église, on voit fuir un groupe de démons. Au dessus de saint Ignace, comme portés par un rayon de soleil, des petits anges, au nombre de cinq, tiennent des couronnes et des palmes.

Ce remarquable tableau exécuté par Rubens pour l'église des jésuites à Anvers faillit en 1718 devenir la proie des flammes qui anéantirent le monument. Plus tard Marie-Thérèse acheta cette peinture qui est aujourd'hu au Belvédère à Vienne.

Il existe également au musée de Vienne une esquisse peinte du tableau de Rubens que nous venons de décrire longuement. Nous n'avons pas à y insister ici, parce qu'elle n'ajoute rien à ce que nous a appris le tableau définitif.

3e Gravure de Marinus (fig. 190)

On doit au burin de Marinus une reproduction du tableau de Vienne. M. Hymans[1] tient cette gravure en fort haute estime. Elle nous intéresse parce que nous avons à y relever plusieurs inexactitudes.

1. *Histoire de la gravure dans l'École de Rubens*, Bruxelles, 1879.

Comme il arrive pour la plupart des anciennes gravures, celle de Marinus reproduit le tableau de Rubens transposé symétriquement, comme vu dans une glace ; ce qui tient à ce que les anciens graveurs dessinaient sur le cuivre



Fig. 191.
Tête d'étude de Rubens pour la possédée du tableau de Vienne. Fac-simile d'une lithographie de J.-Scarlett Davis, d'après une esquisse originale de Rubens. (Collection de M. Charcot).

sans prendre le soin de retourner leur dessin, d'où il résulte, qu'à l'impression, l'épreuve apparaissait comme à rebours et symétrique du tableau original.

La gravure a fait subir au tableau de Rubens des modifications dont quelques-unes tiennent à une fausse interprétation, mais dont le plus grand nombre ne sauraient être mises sur le compte du graveur. On sait, en effet, que, souvent,

à cette époque, le graveur travaillait non d'après l'œuvre définitive du maître, mais d'après des dessins composés à cet effet par le peintre lui-même. Le dessin du Louvre dont nous parlerons plus loin a été fait dans ce but.

C'est ainsi que dans la gravure de Marinus la scène s'élargit encore. Les personnages ne sont pas plus nombreux, mais ceux qui se trouvent dans les angles apparaissent un peu plus. En tous les sens le tableau est agrandi. La manière de Rubens est bien rendue mais avec un peu d'exagération ; les mouvements sont plus violents, plus heurtés ; les saillies musculaires exagérées ; les physionomies perdent de leur finesse et de leur vérité. Pour ce qui est de la possédée, le gonflement du cou est moins saisissant, l'ombre qui cherche à accuser le larynx étant plus accentuée. Enfin l'œil a subi une modification malheureuse ; la pupille, au lieu de se cacher sous la paupière supérieure, apparaît toute grande à l'angle externe de l'œil. Un autre changement mérite d'être noté, et semble trahir la préoccupation de l'artiste de faire plus saisissant. La main qui déchire les vêtements a saisi l'ouverture de la chemise et découvre complètement le sein, tandis que sur le tableau, bien que la chemise soit entr'ouverte, le sein est entièrement caché.

4° Étude pour la possédée du tableau de Vienne (fig. 191)

M. Charcot possède une lithographie[1] de source anglaise, faite d'après une esquisse de Rubens. Nous ne connaissons pas l'esquisse originale du maître, mais il nous semble que la lithographie présente une sécheresse et des incorrections de dessin qui doivent être mises sur le compte de l'interprète. Quoi qu'il en soit, cette esquisse a été indubitablement faite par Rubens pour la tête de sa possédée du tableau de Vienne, et l'on y retrouve tous les grands caractères sur lesquels nous avons insisté. La lithographie nous permet de les apprécier et de les voir de plus près en quelque sorte, c'est pour quoi nous en donnons ici une reproduction. Le gonflement du cou y est bien représenté, ainsi que la convulsion des globes oculaires. La langue est plus large et mieux saillante sur le tableau ; la bouche est, sur la lithographie, la partie dont le dessin nous paraît laisser le plus à désirer.

5° Dessin du Louvre

Le musée du Louvre possède un dessin à la pierre noire, gouaché et rehaussé de blanc sur papier gris, représentant *saint Ignace de Loyola guérissant des possédés* et exécuté d'après le grand tableau peint par Rubens pour l'église des jésuites d'Anvers.

Ce dessin extrêmement soigné et très habile a été exécuté pour les besoins de la gravure. Dans le catalogue du musée du Louvre il est rangé sous la rubrique *d'après* Rubens. Il aurait donc été fait par un des élèves du maître. Mais tout porte à croire que Rubens lui-même y a mis la main. C'est l'opinion de Van Hasselt[2].

1. Au bas de la lithographie on lit d'un côté : *Drawn on stone by J.-Scarlett Davis, from the original sketch by Rubens;* et de l'autre côté : *Printed by C. Hallmandel.*

2. Van Hasselt, dans son catalogue, fait suivre l'indication du tableau de Vienne de la note suivante : « Le musée de Paris possède de cette composition un beau dessin au crayon noir, rehaussé de blanc et *retouché par Rubens* pour le graveur. »



Fig. 192.
Saint Martin guérissant un possédé. — Tableau de Jordaens au musée d'Anvers.
Fac-simile de la gravure qui se trouve à la Chalcographie du Louvre.

C'est d'après ce dessin que Marinus a fait sa gravure. Il suffit de comparer les deux pour que la chose soit hors de doute. Quelques-unes des différences que nous avons signalées entre le tableau de Vienne et la gravure, se retrouvent dans le dessin. Je signalerai entre autres le sein de la possédée qu'on voit complètement découvert dans le dessin comme dans la gravure. Mais là où ce dessin nous prouve que le graveur a manqué, c'est dans certains traits de la figure. Le modelé du cou est bien supérieur dans le dessin et l'œil loin de montrer la pupille, comme dans la gravure, ne laisse voir que le blanc de la sclérotique.

En somme, l'examen du dessin du Louvre nous montre que les défauts que nous avons relevés plus haut dans le personnage de la possédée de la gravure doivent être mis exclusivement sur le compte du graveur.

6° Saint François de Paule

Nous avons trouvé à la Bibliothèque nationale une gravure d'après un tableau de Rubens représentant saint François de Paule montant au ciel[1]. De nombreux personnages de tous rangs assistent à cette ascension. Au premier plan, des miracles s'accomplissent. On délivre de son suaire un mort qui ressuscite. Plus en avant, deux démoniaques, un homme et une femme, sont en proie aux convulsions. Ces deux figures offrent de nombreux points de ressemblance avec les démoniaques du musée de Vienne, mais autant que permet d'en juger la gravure, ils ne les égalent pas à notre point de vue particulier. Aussi ne nous y arrêterons-nous pas.

XIV. TABLEAU DE JORDAENS (1594-1678) (fig. 192)

Le musée d'Anvers possède un tableau important de Jordaens représentant saint Martin guérissant un possédé.

Nous avons trouvé de ce tableau une bonne gravure à la Chalcographie du Louvre et nous en donnons (fig. 192) un fac-simile très réduit.

Jordaens travailla avec Rubens, mais il ne fut pas, à proprement parler, son élève. Dans ses œuvres il conserve son originalité. Son génie devait se sentir à l'aise dans la représentation de scènes violentes comme l'étaient le plus souvent les scènes de possession.

En effet, son possédé est un homme vigoureux en proie à une agitation telle que quatre aides réunissent leurs efforts pour le contenir. Si cette figure n'a aucun des traits caractéristiques des attaques d'hystérie que nous avons relevés dans la démoniaque de Rubens, nous devons ajouter qu'on ne saurait mieux exprimer le désordre et la violence des mouvements. Or, il ne faut pas oublier que, chez les hommes, l'attaque d'hystérie revêt parfois des caractères

1. Cette gravure ne donne point le nom du graveur. Dans le coin à droite, on trouve la mention suivante : *Pet. Paul Rubens pinxit. Guill. Collaert excudit.* D'autre part, nous avons trouvé dans le catalogue des œuvres de Rubens, qui fait suite à la *Vie de Rubens* par André Van Hasselt, Bruxelles, 1840, sous le n° 495, l'indication d'un tableau représentant saint François montant au ciel, avec la mention *gravé par Lommelin.* Quoi qu'il en soit, nous n'avons trouvé aucune autre indication sur le tableau de Rubens qui peut-être n'existe plus.

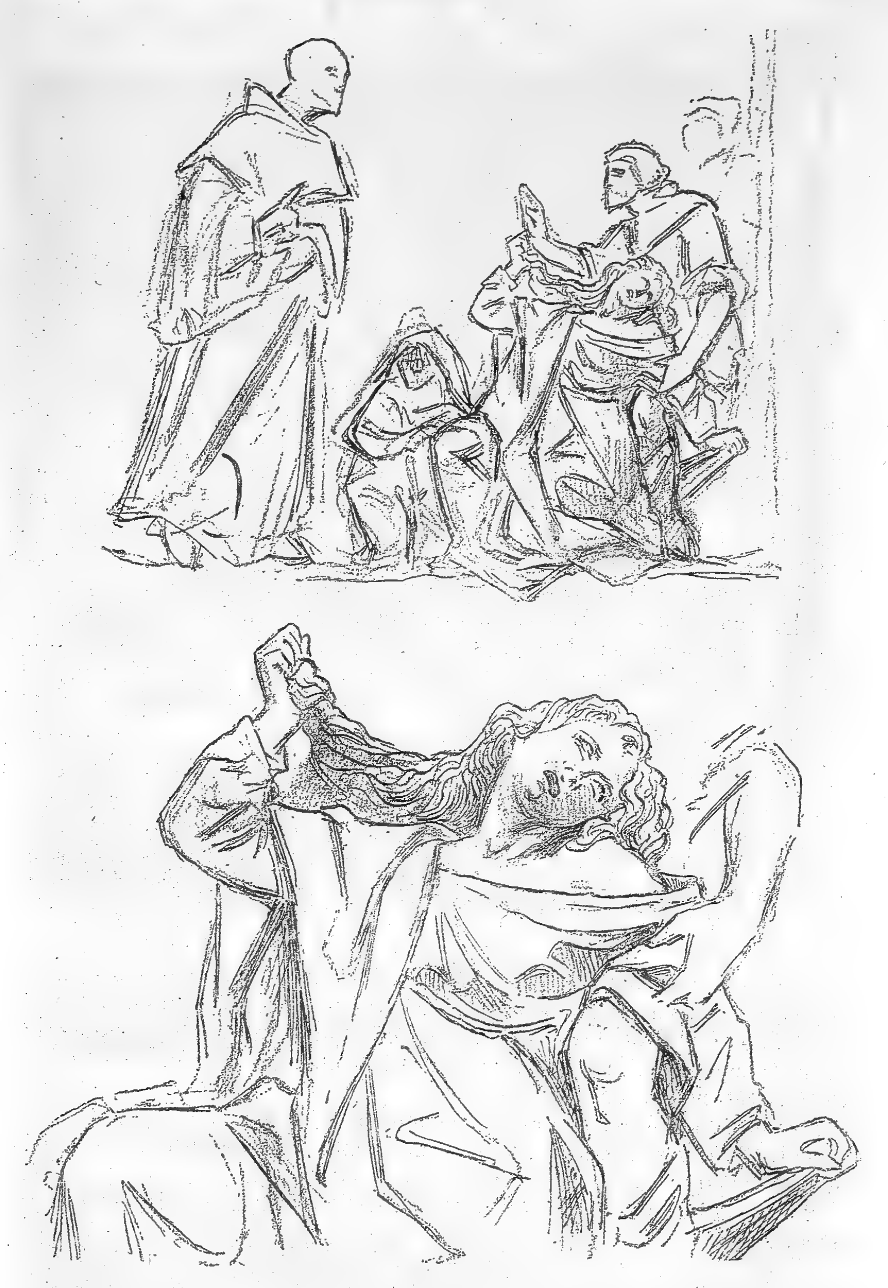


Fig. 193.

La femme possédée, d'un haut relief en bronze de Giuseppe Mazza de Bologne dans l'église Saint-Jean et Saint-Paul à Venise et représentant saint Dominique exorcisant une possédée. Fac-simile d'un croquis que nous avons fait d'après l'original.

Nous n'avons pu trouver aucune reproduction de cette sculpture.

spéciaux résultant de l'excès de la fureur et de l'exagération de la violence qui arrivent à un paroxysme inouï, ainsi que le prouvent quelques exemples que nous avons eus récemment sous les yeux [1].

XV. HAUT-RELIEF EN BRONZE DE GIUSEPPE MAZZA DE BOLOGNE (FIN DU XVII[e] SIÈCLE) (fig. 193)

Nous avons vu, dans la chapelle Saint-Dominique de l'église Saint Jean et Saint-Paul à Venise, un haut relief en bronze représentant saint Dominique guérissant une malade démoniaque. Nous n'avons pu en trouver aucune reproduction. Aussi sommes-nous forcé de donner ici le rapide croquis que nous avons fait sur place.

Tout le haut de la composition est occupé par des anges au milieu de nuages. En bas, saint Dominique, la main droite levée, s'avance vers la démoniaque qui occupe le coin gauche du tableau. Affaissée sur un seul genou, elle se renverse sur un homme qui la maintient par derrière et dont un genou apparaît du côté gauche. La tête, penchée de côté, touche presque à l'épaule gauche qui est découverte. Les yeux sont convulsés en haut, la bouche entr'ouverte, la physionomie exprime la souffrance. De la main droite elle a saisi une poignée de cheveux, de la gauche elle tire sur son vêtement.

Dans son attitude et dans ses mouvements, cette figure se ressent du genre affecté et maniéré du maître. Mais il serait injuste de méconnaître les traits par lesquels l'artiste a cherché à reproduire la nature. L'attitude des deux mains entre autres, semble inspirée de la démoniaque de Rubens du musée de Vienne.

TROISIÈME SECTION

LES CONVULSIONNAIRES DE SAINT-MÉDARD

L'épisode des convulsionnaires de Saint-Médard a provoqué entre jansénistes et jésuites une polémique des plus vives qui a donné lieu, en outre des écrits, à une quantité d'estampes populaires dont on retrouve encore un grand nombre aujourd'hui, ainsi que le prouve la collection que, de concert avec M. Charcot, nous avons pu réunir.

Nos dessins peuvent être rangés en plusieurs classes :

1° Les pièces satiriques où tour à tour jésuites ou jansénistes sont traités de la belle façon ;

2° Les portraits du bienheureux de Pâris et les estampes relatives à sa vie et à sa mort ;

1. Nous avons rapporté plus haut, dans le cours de cet ouvrage, un certain nombre d'observations d'hystérie chez l'homme ; mais c'est là un sujet qui mérite une étude spéciale et que nous nous réservons d'entreprendre dans le prochain volume auquel nous avons été obligés de renvoyer toute une partie de notre première édition, ainsi que nous l'avons dit en commençant.



Fig. 194.

Pied-bot hystérique. Fac-simile d'une gravure extraite de *La vérité des miracles opérés sur la tombe du bienheureux de Pâris*, par Carré de Montgeron.

3° Les estampes relatives aux divers événements historiques, tels que la fermeture du cimetière de Saint-Médard, la séquestration des principaux convulsionnaires, etc., etc.;

4° Enfin les estampes représentant les faits et gestes des convulsionnaires, et les miracles opérés par l'intercession du bienheureux.

Cette dernière catégorie seule nous intéresse; le nombre des estampes qui la composent est assez grand, mais, pour la plupart, ce sont des images populaires ou des illustrations d'ouvrages dont la valeur artistique laisse plus ou moins à désirer. Aucun dessin de maître d'ailleurs. Nous sommes loin des documents si précieux que les anciens maîtres nous ont laissé relativement aux possessions. Quelques-unes de ces estampes cependant ont pour nous un véritable intérêt. J'en ai choisi trois dont je donne ici la reproduction.

I. GRAVURE RELATIVE A LA GUÉRISON DE LA DEMOISELLE FOURCROY, EXTRAITE DE « LA VÉRITÉ DES MIRACLES DE M. DE PARIS DÉMONTRÉE PA M. DE MONTGERON » (fig. 194)

Les célébrités médicales de l'époque déclarent que « la difformité du pied de la demoiselle Fourcroy est l'effet d'une anchylose absolument incurable ».

Les détails de ce cas sont racontés plus haut. Je n'y reviendrai pas ici. Il résulte, de l'investigation à laquelle nous nous sommes livré, que la maladie de la demoiselle en question était une contracture hystérique du pied gauche, et que cette contracture guérit subitement à la suite de crises convulsives. S'il restait encore quelques doutes, il suffirait de jeter les yeux sur ce dessin dans lequel l'artiste, sans s'en douter, a représenté un exemple absolument caractéristique de la contracture connue sous le nom de pied-bot hystérique. Ce dessin à lui seul vaut toute une longue description.

II. PÈLERINAGE AU TOMBEAU DU DIACRE PARIS (fig. 195)

La figure 195 est un fac-simile de l'estampe qui nous paraît, au point de vue artistique, la plus remarquable de notre collection. Elle est fort intéressante à étudier dans les détails, et, à part une disposition du cimetière peut-être un peu fantaisiste, elle nous semble bien donner une idée des scènes tumultueuses dont le tombeau du bienheureux était le théâtre. Nous y trouvons dans les allures des filles convulsionnaires des traits pris sur le vif, et qui relèvent bien de la grande névrose.

L'affluence est si grande que des gardes sont chargés de maintenir l'ordre autour de la tombe de M. de Pâris, que l'on voit assiégée par une foule suppliante dans les attitudes les plus variées; les uns courbés, la face contre la pierre, les autres à genoux les mains jointes; une femme debout lève les deux bras en l'air dans un geste emphatique qui sent bien l'hystérie. Tout au fond, un garde défend l'approche à une femme que son attitude moqueuse nous ferait prendre volontiers pour une convulsionnaire. Peut-être redoute-t-il une scène de désordre que la conduite des convulsionnaires présentes est bien en droit de lui faire craindre. En effet, il paraît régner dans ce monde-là une



Fig. 195. — Pèlerinage au tombeau du diacre Pâris. Fac-simile d'une gravure à l'eau-forte anonyme (Collection de M. Charcot.)

assez grande surexcitation. A gauche, un jeune abbé à la figure poupine tient des discours à plusieurs femmes; l'une d'elles est dans une attitude de recueillement exagéré; une autre, dont le corsage est quelque peu en désordre, paraît avoir fort envie de lui sauter au cou. Par opposition, à droite, plusieurs convulsionnaires assaillent un moine qui, vraisemblablement, ne partage pas les doctrines de M. de Pâris; l'une lui tire la barbe à pleine main; les autres lèvent le poing pour le frapper.

Depuis les anciennes possédées qui s'enflammaient d'amour pour certains prêtres pendant qu'elles injuriaient et frappaient les exorcistes, jusqu'aux hystériques modernes qui se conduisent de même envers les médecins appelé, à leur donner des soins, en passant par les convulsionnaires de Saint-Médard on voit que l'exaltation des sentiments n'a point changé, et que leur manifestation a toujours employé les mêmes moyens extrêmes.

Des infirmes de tout rang et de tout âge arrivent de tous côtés: infirme privé de l'usage d'une jambe et porté sur ses deux béquilles; misérable cul-de-jatte; podagre des classes riches qui descend de sa chaise à porteur soutenu par ses domestiques... A droite, c'est une femme qui porte dans ses bras un jeune enfant entouré de langes brodés; à gauche, c'est une pauvresse qui porte son enfant attaché sur son dos avec des courroies...

Tout contre le tombeau, une jeune femme infirme s'est laissée choir. Les deux béquilles, l'attitude de la jambe gauche font supposer qu'elle est atteinte d'une déformation du membre inférieur gauche par contracture musculaire en flexion. Or, nous avons vu plus d'une fois la contracture hystérique revêtir cette forme. Il semble donc que l'artiste ait voulu représenter ici une malade portant un signe manifestement hystérique. Mais cette supposition devient presque une certitude, si nous considérons le renversement de la tête, le gonflement du cou, la crispation de la main droite... autant de signes du début de la crise convulsive. Un garde se précipite pour soutenir et maintenir au besoin la malheureuse. Nous pensons donc ne point trop nous avancer en disant que l'artiste a représenté ici, avec beaucoup de finesse d'observation et de talent, un de ces cas analogues à celui de la demoiselle Hardouin et comme il avait pu en observer lui-même: une jeune femme infirme par contracture hystérique et guérie au tombeau du diacre à la suite d'une crise de convulsions.

La curiosité attire dans ce lieu des personnes du plus grand monde. Un gamin vend des images du bienheureux.

Au bas de cette gravure se trouve une sorte d'oraison pour exciter les fidèles à l'admiration des miracles dont le tombeau est le théâtre, et les exhorter à y reconnaître les preuves de la véritable religion.

III. LES GRANDS SECOURS (fig. 196)

La gravure dont nous donnons ici (fig. 196) le fac-simile est extraite des *Cérémonies et coutumes religieuses de Picart* (Paris, L. Prudhomme, éditeur, MDCCCVIII, t. IV, pl. 5.) Cette estampe nous fait assister à une de ces réunions dans lesquelles les convulsionnaires se faisaient administrer les « grands secours ». Nous ne reviendrons pas ici sur les détails que nous avons donnés plus haut à ce sujet.

La scène se passe dans une grande salle dont les murs ont pour toute déco-

ration un crucifix entouré d'images de sainteté. La plupart des assistants ont des livres en main et semblent réciter des prières pendant que d'autres administrent les secours. Deux hommes convulsionnaires sont à terre, l'un d'eux est frappé à grands coups de bâton, l'autre supporte le poids de deux hommes

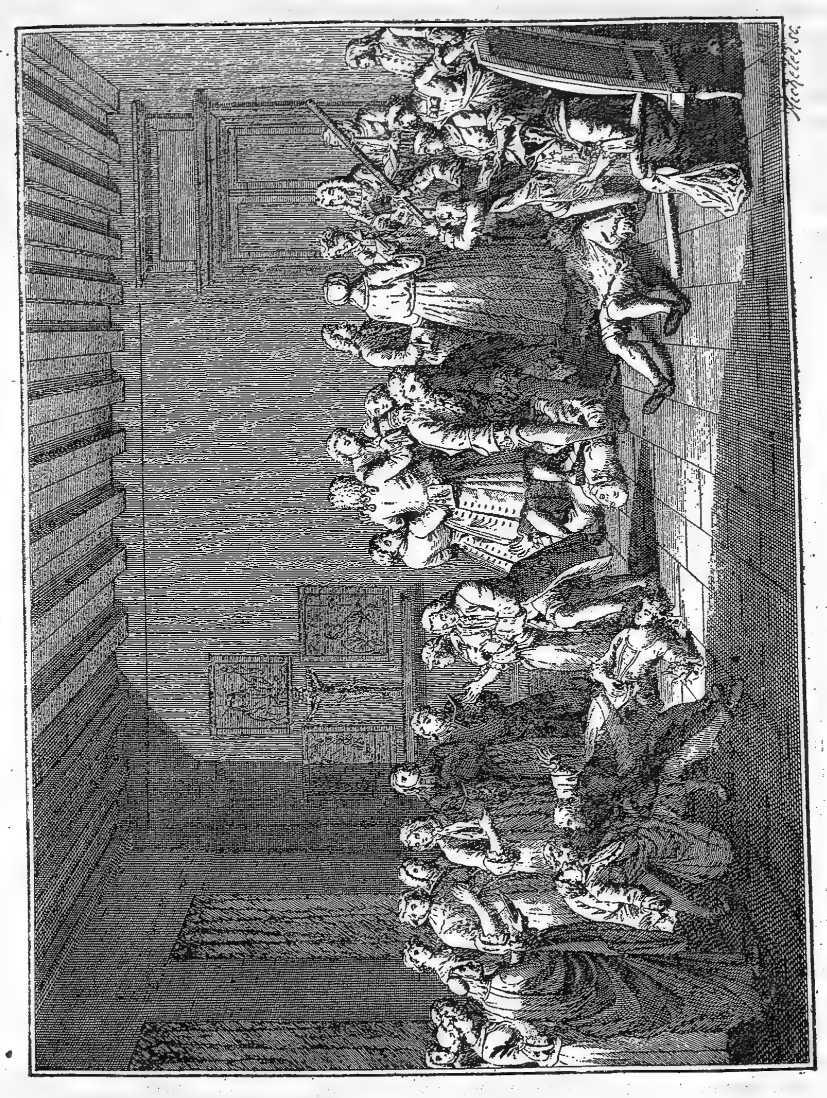


Fig. 496. — Les grands secours.
Fac-simile d'une gravure de B. Picart extraite des *Cérémonies et coutumes de tous les peuples*, etc.

montés sur lui. Cette dernière épreuve se rapproche de celle de la planche dont nous avons parlé aux « Notes historiques ».

Une convulsionnaire, également renversée à terre, courbe son corps en arc de cercle — attitude si familière aux hystériques pendant la crise convulsive — pendant qu'un assistant lui pose le talon sur le front.

Nous avons dit plus haut comment ces coups ou ces attouchements pouvaient

amener un soulagement réel chez les convulsionnaires en état de crise. La raison en est dans l'existence, en différents points du corps, des zones hystérogènes que l'on rencontre si fréquemment chez les hystériques et dont la pression suffit à calmer les crises les plus violentes. Quelquefois cette pression demande à être maintenue pendant un temps assez long.

A gauche, un convulsionnaire s'agite maintenu par deux personnes.

Cette gravure, dans l'ouvrage de B. Picart, est accompagnée d'une autre d'égale dimension et qui représente le cimetière de Saint-Médard. Elle est moins instructive que celle dont nous avons donné la reproduction (fig. 195). Sur la tombe du diacre, un convulsionnaire s'agite, les jambes en l'air, soutenu par deux hommes. Un autre convulsionnaire dans un état analogue est conduit hors de l'enceinte. Un suisse, avec sa hallebarde, fait écarter la foule pour lui livrer passage.

QUATRIÈME SECTION

LES EXTATIQUES

L'extase hystérique ne possède guère par elle-même des caractères spéciaux qui puissent permettre de la distinguer des autres variétés d'extase. Nous la considérons comme une forme de la grande attaque, fragment détaché de la troisième période, ou période des attitudes passionnelles. Les signes diagnostiques qui permettent de reconnaître la nature hystérique de l'extase se rencontrent plutôt dans les phénomènes qui la précèdent ou la suivent, et dans les symptômes variés que présente le sujet dans l'intervalle des crises. Ainsi une attitude extatique, précédée ou suivie de quelques phénomènes appartenant aux autres périodes de la grande attaque : constriction pharyngienne, phénomènes épileptoïdes si atténués qu'ils soient, contorsion, etc... peut être sans hésitation rattachée à la grande hystérie. Le diagnostic serait encore plus assuré si, dans l'intervalle des crises, le patient présentait les stigmates de l'hystérie : anesthésie, achromatopsie, etc... Mais, je le répète, la physionomie extérieure de l'extase ne suffit pas à la caractériser. Nous n'avons pas là, comme pour les crises de convulsions démoniaques, cet ensemble de signes qu'on peut appeler pathognomoniques.

Aussi les représentations d'extatiques sont-elles loin d'avoir, au point de vue spécial où nous nous plaçons, l'intérêt que présentent les tableaux de possédés. On peut, avec plus ou moins de vraisemblance, imaginer une attitude extatique, on n'invente pas certains traits si précis de l'attaque démoniaque.

Au point de vue des phénomènes externes qui seuls ici nous intéressent, nous ne trouvons pas deux extatiques qui se ressemblent. En voici quelques exemples empruntés à Görres[1] parmi les faits d'extases mystiques.

Béatrix de Nazareth restait au chœur, penchée sur sa stalle *comme une personne endormie*, ne voyant rien, n'entendant rien. Christine de Stumtèle

1. Cité par le P. de Bonniot, *Le miracle et les sciences médicales*, p. 191.

ne donnait plus aucun signe de vie, elle ne respirait plus, et *son corps était raide* comme celui d'un mort... *Les pieds et les mains de sainte Catherine de Sienne se contractaient d'une manière convulsive :* ses doigts s'entrelaçaient et serraient avec tant de force les objets qu'elle tenait au moment de l'accès, qu'on les aurait brisés plutôt que de leur faire lâcher prise; *tous ses membres avaient la rigidité de la pierre.* Saint Joseph de Copertino poussait



Fig. 197.
Sainte Catherine de Sienne en extase. Fragment d'une fresque de Sodoma dans l'église Saint-Dominique à Sienne. Dessin au trait d'après une photographie.

un cri, *tombait à genoux, les bras étendus en croix,* aucun souffle ne sortait plus de sa bouche, etc.

Tous ces phénomènes externes de l'extase se retrouvent dans l'hystérie; ces rigidités, ces contractures sont d'apparence éminemment hystérique. Pour n'en citer qu'un exemple, je rappellerai que Leroux, dans ses attaques d'extase, était entièrement rigide, les bras étendus dans l'attitude du crucifiement.

Mais nous voyons que les artistes, dans les représentations qu'ils ont faites des extatiques, ont négligé à dessein toute apparence de violence, tout phénomène convulsif. Pour eux, l'extase est une pose expressive, une pure attitude passionnelle; tous leurs efforts consistent à exprimer, à rendre extérieur un phénomène interne, en un mot à traduire objectivement, par les traits de la physionomie et les gestes du corps, ce qui se passe dans les régions de l'esprit inaccessibles à la vue.

C'est ainsi que, pour citer quelques exemples, l'extase revêt les signes extérieurs d'une prière ardente, comme dans une fresque de Sodoma représentant sainte Catherine de Sienne intercédant pour l'âme d'un supplicié; de la surprise, de l'admiration, comme dans une autre fresque du même peintre montrant sainte Catherine en extase; du calme, de la joie intérieure, du ravissement, comme dans les Immaculées conceptions de Murillo et de l'École espagnole; de la contemplation, comme dans le tableau de Murillo : *Saint François en extase;* de l'amour possédé et satisfait, comme dans les tableaux de Murillo représentant saint Antoine de Padoue entourant de ses bras l'enfant Jésus; de l'acceptation, de la soumission, comme dans l'« apparition de la Vierge à saint Bernard » de Murillo; enfin, aussi de la souffrance et de la douleur, comme dans le « saint François recevant les stigmates » de Cigoli; de la défaillance et de l'abattement, comme dans une fresque de Sodoma représentant l'évanouissement de sainte Catherine, ou bien encore dans un tableau de Lanfranchi qui représente sainte Marguerite de Cordoue en extase.

Pour rendre toutes ces expressions variées, les artistes ont pu trouver dans les sujets hystériques d'inappréciables modèles. Cette assertion ne paraîtra point hasardeuse ni exagérée à tous ceux qui, comme nous, ont vu des hystériques, filles du vulgaire, dans une certaine phase de la grande attaque, prendre, sous l'empire d'hallucinations d'ordre religieux, des attitudes d'une expression si vraie et si intense que les acteurs les plus consommés ne pourraient mieux faire, et que les plus grands artistes ne sauraient trouver des modèles plus dignes de leur pinceau.

En peignant une extatique, l'artiste a donc cherché à rendre une pensée, un sentiment. Tout est mesuré, réglé, rationnel dans sa figure; tous les traits, tous les mouvements concourent au même but : l'expression. Nous jugeons de la valeur de son œuvre suivant que le but est plus ou moins bien atteint, que les qualités d'expression de la figure sont plus pures, plus vraies, mieux rendues. Dans les figurations de démoniaques, il n'en est plus de même. Nous sommes là en présence d'attitudes bizarres, de contorsions étranges, de déformations des traits qui ne répondent à aucune idée, à aucun sentiment. C'est la période de la grande attaque désignée par M. Charcot sous le nom de période d'*attitudes illogiques*, par opposition à la suivante qui est celle des *attitudes passionnelles*. Toute ressource manque à l'artiste en dehors de l'observation exacte de la nature. Car il ne suffit pas seulement de déformer à plaisir et de faire étrange à volonté; il y a, sous cette incohérence apparente, une raison cachée qui relève d'un processus morbide, et, dans la nature des déformations des parties ou des contorsions de l'ensemble, de même que dans le mode de succession et de groupement de tous ces phénomènes, on retrouve, ainsi que le montrent nos études, les marques indiscutables d'un ordre préétabli, toute la constance et l'inflexibilité d'une loi.

FIN DE L'APPENDICE

NOTES

NOTE A

SUR UNE NOUVELLE VARIÉTÉ D'ÉTAT DE MAL ÉPILEPTOÏDE (ATTAQUES D'HYSTÉRIE A FORME D'ÉPILEPSIE PARTIELLE)

Nous avons vu plus haut (p. 175 et suiv.) comment les attaques d'hystérie revêtent la physionomie de l'épilepsie au point de simuler, suivant la circonstance, le grand mal et le petit mal ; le grand mal avec ses deux modalités : l'accès isolé et l'état de mal; le petit mal sous forme d'accès incomplets : commotions, vertiges... Il convient d'ajouter un trait à ce tableau : l'attaque d'hystérie peut reproduire, avec une exactitude à peu près parfaite, les symptômes de l'*épilepsie partielle* (épilepsie jacksonnienne ou par lésion cérébrale).

Cette assertion s'appuie sur plusieurs faits récemment observés à la Salpêtrière dans les services de M. Charcot et de M. Legrand du Saulle et publiés par notre ami M. le Dr G. Ballet qui en a fait l'objet d'un intéressant mémoire en collaboration avec M. Crespin[1].

En raison de son importance, je rapporterai ici *in extenso* la première observation qui y est consignée. Elle nous paraît absolument démonstrative.

OBSERVATION[2]

Rosa G..., dix-sept ans, fille naturelle, aurait présenté, vers l'âge de douze à treize ans, des attaques convulsives, sur la nature desquelles il est impossible d'être

1. *Des attaques d'hystérie à forme d'épilepsie partielle*, par le Dr Gilbert Ballet et Gaston Crespin, in *Archives de neurologie*, 1884.
2. Cette observation a fait l'objet d'une communication de M. Legrand du Saulle à la Société médico-psychologique, dans la séance du 29 octobre 1883.

renseigné. Nous avons appris que la malade aurait eu des vertiges ; elle pâlissait subitement et faisait quelques petits mouvements ; mais ces vertiges étaient fort peu nombreux et de très courte durée.

Nous ne connaissons pas les antécédents héréditaires. — La malade entre à la Salpêtrière le 24 juin 1881, dans le service de M. Legrand du Saulle. Depuis cette époque jusqu'à janvier 1883, c'est-à-dire pendant dix-huit mois environ, elle n'a pas d'attaques. Nous constatons seulement que R .. est vive, coléreuse, d'un caractère très irritable et d'une grande coquetterie.

Le 22 janvier 1883, la malade est prise d'accès qui vont en augmentant de nombre jusqu'au 7 février ; ces accès, à caractère épileptiforme, *paraissent* avoir été influencés par le bromure de potassium, car ce médicament ayant été administré pendant trois jours, à la dose de quinze grammes, les attaques disparurent après trois jours de médication, c'est-à-dire le 10 février. Pendant cette période de vingt jours, du 22 janvier au 10 février, on ne compta pas moins de 8000 accès.

Ces accès ressemblaient à ceux de l'*épilepsie* partielle, avec prédominance des *convulsions* du côté droit ; mais la température resta toujours normale, tandis que le pouls était à 120 ou à 130.

Cette série de 8000 attaques terminée, la malade ne présenta plus qu'un nombre de crises relativement limité de mars à septembre 1883 ; elle eut, en moyenne, tous les mois, cent attaques qui se montraient toujours par séries de dix à douze, et étaient suivies d'un repos de plusieurs jours. Le 30 septembre 1883 (il y avait quinze jours que la malade n'avait pas eu d'attaques), elle fut prise d'accès nombreux, se succédant sans interruption.

Description des accès. — Les accès ne sont pas précédés d'aura ; quelquefois un petit *cri* annonce le début d'une crise. Alors la tête se raidit et se tourne du côté droit. La face devient un peu rouge. Les globes oculaires, portés en haut et à droite, cachent leur pupille dilatée sous les paupières supérieures ; les yeux sont légèrement entr'ouverts ; les muscles de la face se convulsent, surtout à droite ; la bouche, largement ouverte, laisse quelquefois sortir la langue.

A droite, le membre supérieur rigide est étendu dans l'adduction et la rotation en dehors ; le poignet est fléchi sur l'avant-bras, et le poing convulsé. Le membre inférieur est en extension, le genou droit fortement appliqué contre le gauche ; la jambe et le pied sont tournés un peu en dehors.

A gauche, le membre supérieur se raidit un peu, mais *toujours consécutivement* à la jambe droite, et à un degré très faible, car le poing n'est jamais fermé ; la jambe gauche ne se prend qu'ultérieurement, et très légèrement ; souvent même, elle reste tout à fait indemne.

A la phase tonique succède bientôt une période de convulsions cloniques. Les muscles de la face et des membres du côté droit sont agités de secousses brèves, qui se succèdent avec la plus grande rapidité. Du côté gauche, il n'y a rien de semblable : les membres restent un peu étendus et un peu raides ; mais on n'y observe jamais de convulsions cloniques. Bientôt les mouvements convulsifs s'arrêtent ; mais pour recommencer presque aussitôt, et une nouvelle attaque se produit, identique à celle que nous venons de décrire. Les tracés graphiques que nous avons recueillis montrent avec netteté, d'une part, que la raideur du côté gauche est toujours consécutive à celle du côté droit ; d'autre part, que les convulsions cloniques se produisent seulement à droite.

Après un nombre d'accès très variable, se succédant sans interruption, la malade

revient à elle pour quelques instants; elle ne paraît pas abattue : elle a conservé un vague souvenir de ce qui s'est passé.

Après les crises, la main droite reste fermée convulsivement, et le membre supérieur droit un peu contracturé. A gauche, les membres deviennent flasques.

Du 3 au 14 octobre, les accès se multiplient en conservant les caractères que nous venons d'indiquer, et sans qu'aucun phénomène nouveau apparaisse; seulement le nombre des accès va toujours en croissant, puisqu'on en observe 940 dans la journée du 12, et 1212 dans la journée du 13. La *température reste normale*, malgré le nombre considérable des attaques.

Trois ou quatre jours après le début des accidents, notre attention est appelée sur certains signes qui avaient échappé tout d'abord, ou qui, peut-être, n'existaient pas encore; c'est ainsi que nous observons des mouvements ondulatoires du ventre au début et dans l'intervalle des crises, des battements des paupières pendant les accès. Enfin, il importe de signaler l'ouverture de la bouche, et la propulsion de la langue au dehors, qui se sont montrées à différentes reprises d'une façon très manifeste.

Le 14 octobre, les attaques deviennent plus complètes; les convulsions se généralisent : le côté gauche se prend à son tour. Dans chaque accès, le membre supérieur gauche s'étend et se raidit, les doigts se contracturent et le pouce se fléchit dans la paume de la main comme à droite; le poignet se fléchit à angle droit sur l'avant-bras; la face palmaire de la main regardant en haut. La jambe gauche est également rigide. Les mouvements cloniques se montrent dans le membre supérieur gauche, mais beaucoup plus faiblement qu'à droite; la jambe gauche ne présente pas toujours de convulsions. A ce moment donc, et pour la premième fois seulement, les convulsions tétaniques sont généralisées. Toutefois, les mouvements cloniques restent prédominants à droite, et la tête se tourne toujours de ce côté primitivement convulsé.

Nous constatons aussi, pour la première fois (dans l'intervalle des crises), de l'amblyopie à droite avec achromatopsie, signes sur lesquels nous reviendrons.

Pas de changement nouveau dans l'état de la malade jusqu'au 18 octobre, époque à laquelle les phénomènes de nature nettement hystérique viennent se surajouter aux manifestations épileptiformes. En effet, à la suite d'une série d'accès épileptoïdes, nous voyons apparaître des hallucinations visuelles terrifiantes. Les yeux sont largement ouverts, tandis qu'au début de la maladie, ils étaient presque fermés; ils sont fixes; le regard exprime la terreur. La malade fait des mouvements comme pour éviter quelque chose qui approche; parfois elle se cache sous son drap; mais elle ne prononce aucune parole. Ces hallucinations durent de cinq à dix minutes. A son réveil, R... n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé. Le lendemain et les jours suivants, les hallucinations deviennent plus précises. La malade dit qu'elle voit une boule noire qui se déroule, se déploie, va et vient. « La voyez-vous? » s'écrie-t-elle. Plus tard, au milieu d'une hallucination, lorsqu'on presse R... de questions, elle répond : « Vous la voyez bien, c'est un bête verte qui rampe; elle a des yeux. mais n'a pas de pattes; elle s'approche de moi, arrêtez-la. » R... a toujours les yeux fixés dans la même direction, et tournés vers la droite. Les visions se montrent toujours du côté où prédominent les convulsions, c'est-à-dire du côté droit.

La malade se débat, saute et s'agite en tous sens, comme pour résister à quelque chose qui la poursuit. Il est à remarquer que les hallucinations terrifiantes tantôt se montrent à la suite d'un ou de plusieurs accès épileptoïdes, tantôt apparaissent isolées des phénomènes convulsifs, après un intervalle de repos.

Les accès épileptoïdes, loin de diminuer de nombre après l'apparition des hallucinations, ne font qu'augmenter, puisqu'on en compte, le 18 octobre, 1139 attaques; le 19, 1109; le 25, 1463; le 26, 1513.

Enfin, le 28 octobre, c'est-à-dire le vingt-sixième jour de la maladie, les attaques, qui s'étaient élevées à 1351 la veille, tombent à 350. Les jours suivants, les accès épileptoïdes disparaissent presque complètement; la malade n'a plus que quelques hallucinations visuelles souvent fort longues, mais moins terrifiantes qu'au début.

Enfin, on observe encore pendant quelques jours huit à dix petits accès épileptoïdes en une seule série; mais ces accès sont tout à fait avortés : ils se bornent à quelques mouvements de la face, puis tout disparaît, et la malade ne tarde pas à se lever.

Du 3 octobre, début de la série des accès, au 28, c'est-à-dire en vingt-six jours, la malade a atteint le chiffre énorme de 21708 accès. Pendant tout ce temps, la température n'a pas cessé d'être normale.

Examen de la sensibilité. — La sensibilité générale au tact, à la température et à la douleur a disparu d'une façon complète du côté droit. L'examen de l'œil, fait par M. Parinaud, a permis de constater de l'amblyopie hystérique plus prononcée à droite, et un rétrécissement caractéristique du champ visuel de ce côté pour le blanc et les couleurs. Les autres sens ne présentaient aucune altération.

Cet examen de la sensibilité a été pratiqué à deux reprises, pendant l'état de mal hystérique, et un mois après la fin des crises; et dans les deux cas, les résultats ont été identiques.

Traitement. — Le bromure de potassium, administré à la dose de 18,20 et 22 grammes par jour, n'a déterminé aucune amélioration dans l'état de la malade. Nous avons constaté que ce médicament était bien réellement absorbé, car il a été trouvé à plusieurs reprises dans les urines.

La compression ovarienne a été inefficace comme le bromure. En effet, une ceinture compressive double ayant été appliquée de dix heures et demie à trois heures, on compta, durant ce temps, 340 attaques. Cependant nous devons dire que, si la compression ovarienne a semblé n'avoir aucune influence sur le nombre des attaques, elle a paru diminuer l'intensité de ces dernières.

« Deux faits se dégagent nettement, tout d'abord, ajoute M. Ballet, de l'observation qui précède : c'est, d'une part, l'analogie remarquable, nous pourrions dire l'identité parfaite des accidents convulsifs, dans le cas en question, avec ceux qui caractérisent l'épilepsie jacksonnienne; c'est, d'autre part, la nature hystérique non douteuse de ces accidents.

» En ce qui concerne le premier fait, les détails de l'observation sont aussi explicites que possible : début des convulsions toniques par le côté droit, rotation de la tête et des yeux à droite, limitation des secousses cloniques à ce même côté droit, voilà autant de particularités typiques qui font songer forcément à l'épilepsie corticale.

» Quant au second fait, l'apparition, à un moment donné, de phénomènes nettement hystériques, des mouvements ondulatoires du ventre, des hallucinations à caractère spécial, de quelques autres manifestations sur lesquelles nous insisterons dans un instant, la constatation d'une hémianesthésie positive et d'un rétrécissement du champ visuel très marqué, surtout à droite, démontrent surabondamment à la fois l'existence de l'hystérie chez la malade et la nature hystérique des accidents convulsifs. »

La seconde observation sur laquelle s'appuie le mémoire de MM. Ballet et Cres-

pin à trait à une malade du service de M. Charcot. Nous nous contenterons d'en donner ici le résumé.

Résumé de l'observation. — a) *Symptômes permanents :* Anesthésie généralisée incomplète intéressant la sensibilité générale et la sensibilité spéciale, avec prédominance de l'anesthésie à gauche. — b) *Symptômes accidentels et intermittents :* Accès convulsifs, les uns *localisés aux muscles moteurs de la tête et de la face á gauche*, d'autres *étendus aux muscles moteurs des membres gauches*, d'autres enfin généralisés; mais avec début constant des phénomènes convulsifs *par le côté gauche.* — Absence de grands mouvements. Hallucinations inconstantes, constatées à la suite de quelques-unes des attaques seulement. — Pas d'élévation de la température; pas de paralysie consécutive aux accès, mais simplement de l'impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche, se rattachant à un état douloureux de l'articulation de l'épaule du même côté.

Depuis la publication du mémoire de M. Ballet un nouveau fait a été observé dans le service de M. Charcot à la Salpêtrière.

Il s'agit d'une malade déjà depuis longtemps dans le service et dont nous avons rapporté plus haut une courte observation due à l'obligeance de notre ami G. Ballet alors chef de clinique (Voy. Obs. LXXVII). La forme des attaques, alors franchement hystérique, se modifia dans la suite au point de prendre le masque de l'épilepsie; cette nouvelle phase de la maladie fit l'objet d'une conférence clinique de M. Charcot, publiée par MM. Marie et Souza dans le *Progrès médical*[1].

Nous relevons les particularités suivantes :

Les attaques uniquement composées de la période épileptoïde se présentaient en séries rapprochées, atteignant en quelques jours un chiffre considérable. Lors d'une première atteinte, du 16 au 29 avril 1884, le nombre total des attaques était de 4 506; le minimum d'attaques observé dans une série pendant cet état de mal était de 84, le maximum de 537; le minimum de durée des séries d'attaques était de 12 minutes, le maximum de 22. Dans une seconde atteinte, du 2 au 16 juin de la même année, le chiffre total des attaques était alors plus considérable; il s'élevait à 17 083; le minimum d'attaques observé dans une série était de 113 attaques, le maximum de 176; le minimum de durée d'une série était de 16 minutes et le maximum de 50.

Les mouvements convulsifs étaient presque exclusivement localisés aux membres du côté droit. Même dans les plus longues séries, l'élévation de la température ne dépassa guère 38°, le plus souvent, elle se maintenait à 37° et quelques dixièmes. La pression ovarienne était devenue inefficace pour arrêter les attaques; chaque série d'attaques se terminait par quelques phénomènes manifestement hystériques empruntés à la troisième période ou période des attitudes passionnelles de la grande attaque; quel qu'ait été le nombre des attaques formant une série, la malade ne gardait à la suite aucune hébétude, ni même aucune trace de paralysie dans les membres, elle reprenait très rapidement l'usage de ses sens; enfin, dans l'intervalle des crises, on pouvait constater les stigmates variés de la grande hystérie : anesthésie, achromatopsie, etc.

1. *Attaques hystériques ayant par leur nombre et leur durée, simulé l'état de mal épileptique.* Leçon de M. Charcot. Recueillie par Marie et Souza-Leite, in *Progrès méd.*, n° 38, 1884.

Il ressort des faits précédents plusieurs points particulièrement dignes d'être mis en lumière et qui sont les suivants :

Les attaques d'hystérie à forme d'épilepsie partielle se présentent d'ordinaire en séries constituant un véritable état de mal fort semblable, en apparence du moins, à l'état de mal épileptique.

Le nombre de ces attaques peut s'élever à un chiffre considérable et qui, pensons-nous, n'avait pas encore été observé. Co... a eu jusqu'à 1463 attaques en un jour. En vingt-six jours elle a atteint le chiffre énorme de 21 708 accès. Ha... en quinze jours a eu 4598 attaques.

Les phénomènes d'apparence épileptique qui composent ces attaques peuvent être complètement purs et sans mélange de signes hystériques.

Enfin dans les trois observations que nous connaissons jusqu'ici, la compression ovarienne a été impuissante à arrêter les convulsions, comme c'est la règle pour les attaques d'hystérie à forme classique ou même pour celles qui revêtent l'apparence de l'accès épileptique ordinaire.

Les éléments du diagnostic différentiel, qui peuvent exister à l'exclusion de tous autres et qui en conséquence acquièrent une importance capitale sont les suivants : *a*) l'absence d'élévation de la température; *b*) l'absence de paralysie consécutive dans les membres qui ont été le siège des convulsions ; *c*) la survie compatible avec un nombre considérable d'attaques.

Il va de soi que les symptômes hystériques qui pourront venir s'ajouter à l'élément épileptoïde des attaques, ou se montreront dans leur intervalle, conserveront toute leur valeur diagnostique.

Dans les observations qui précèdent, les convulsions se sont présentées avec l'aspect qui caractérise l'épilepsie partielle dite *hémiplégique* ou *latéralisée*, c'est-à-dire que les spasmes intéressaient la face et les deux membres d'un côté du corps, ne se généralisant qu'ultérieurement au côté opposé. MM. Ballet et Crespin ont rapporté en outre deux observations dans lesquelles la fausse épilepsie partielle revêt la forme *monoplégique* ou *circonscrite*, les convulsions se limitant soit à un membre, soit à la face, ou envahissant à la fois la face et le membre supérieur sans intéresser le membre inférieur correspondant.

NOTE B

SUR UNE FORME RARE DES ATTAQUES D'HYSTÉRIE

Nous avons observé récemment, dans le service de M. Charcot, une malade hystérique dont les crises convulsives s'accompagnaient de toux spasmodique et d'éternuements répétés. Cette intéressante observation a été publiée par M. Sousa-Leite, externe à la Salpêtrière, dans les *Archives de neurologie*, 25 janvier 1885. M. Charcot a montré cette malade dans une de ses conférences cliniques.

Les crises d'éternuements sont chose rare dans l'histoire de l'hystérie. Brodie en cite deux cas[1].

1. *Leçons sur les affections nerveuses locales* par B. Brodie ; traduites de l'anglais par le Dr Douglas Aigre, *Progrès méd.*, 10 juillet 1880.

La malade en question présente deux sortes de crises. Les unes courtes (de dix à quinze minutes au plus) ne s'accompagnent ni de mouvements convulsifs des membres ni de perte de connaissance, et sont exclusivement composées d'accès de toux et d'éternuements. Ces crises sont précédées d'aura. Les autres consistent en mouvements convulsifs empruntés surtout à la deuxième période de la grande attaque et interrompus de temps à autre par quelques phénomènes épileptoïdes. Les accès de toux et d'éternuements s'y surajoutent. Il y a perte de connaissance. Dans ces circonstances, l'éternuement qui se répète un grand nombre de fois de suite s'accompagne de mouvements rhythmés des bras et de tout le tronc. L'écoulement nasal est insignifiant; et le spasme expiratoire qui produit l'éternuement nous semble devoir rentrer dans la catégorie des mouvements rhythmés dont les « salutations » de la deuxième période de la grande attaque sont le type et qui sont susceptibles des variétés les plus nombreuses, ainsi que nous l'avons signalé plus haut.

Ces mêmes mouvements rhythmés s'isolant des autres phénomènes de la grande attaque, et revêtant la forme de mouvements systématisés dans une direction donnée constituent la grande chorée, ou chorée rhythmique (chorée saltatoire, malléatoire, rotatoire, etc.

NOTE C

SUR QUELQUES TRAVAUX RÉCEMMENT PARUS RELATIFS A L'HYPNOTISME

Depuis que ce livre est sous presse, plusieurs mémoires importants relatifs à l'hypnotisme ont paru. Nous signalerons les suivants en y ajoutant les remarques que nous jugerons utiles, sans avoir toutefois la prétention d'en faire ici une analyse critique détaillée.

I

Ch. Féré et A. Binet. *Note pour servir à l'histoire du transfert chez les hypnotiques*, in *Progrès médical*, 12 juillet 1884.
— *Les paralysies par suggestion*, in *Revue scientifique*, 12 juillet 1884.
— *La théorie physiologique de l'hallucination*, in *Revue scientifique*, 10 janvier 1885.
— *L'hypnotisme chez les hystériques. Le transfert psychique*, in *Revue philosophique*, janvier 1885.

Les travaux de ces auteurs sont d'autant plus intéressants pour nous que leurs expériences ont eu lieu au laboratoire de la Salpêtrière et ont porté, pour la plupart, sur les mêmes malades atteintes de grande hystérie, qui, dès le début de nos travaux, ont été soumises à notre observation. Nos recherches les plus récentes sur les paralysies par suggestion, sur les hallucinations, etc., ont été faites dans le même

temps que celles de MM. Binet et Féré et sous une inspiration analogue. Aussi n'avons nous pas été surpris de retrouver dans les mémoires ci-dessus mentionnés, quelques expériences également consignées par nous, longuement exposées plus haut, et sur lesquelles nous ne reviendrons pas. Mais il est bon nombre de faits nouveaux qui méritent d'être signalés parmi lesquels nous citerons une étude détaillée du transfert chez les hypnotiques.

Le transfert des *troubles spontanés* de l'hystérie (modifications unilatérales de la sensibilité ou de la motilité) est établi depuis les premières recherches sur l'action des æsthésiogènes. Nous avons montré, M. Charcot et moi, que la contracture hypnotique provoquée était également susceptible de transfert, soit avant, soit après le réveil.

MM. Binet et Féré ont soumis au transfert la plupart des phénomènes hypnotiques, tant psychiques que somatiques. et sont arrivés aux résultats les plus curieux et les plus féconds en déductions intéressantes, tant au point de vue physiologique qu'au point de vue de la psychologie.

Les divers états hypnotiques localisés à un seul côté du corps, hemi-léthargie, hémi-catalepsie, hémi-somnambulisme sont susceptibles d'être transférés par l'action de l'aimant, d'un côté à l'autre du corps.

Par exemple, une hypnotique étant hémi-léthargique à droite et hémi-cataleptique à gauche, si nous appliquons un aimant à quelques centimètres du bras droit, nous voyons, au bout de deux minutes, la main droite s'agiter d'un léger tremblement puis prendre graduellement la consistance des membres cataleptiques, et se placer peu à peu dans la position qu'occupait le bras gauche. Ce dernier, après avoir été animé de tremblements plus violents qui ont cessé tout à coup, comme un accès d'épilepsie partielle, pour laisser la main flasque, a pris tous les caractères de la léthargie. Le transfert de l'hémi-léthargie et de l'hémi-catalepsie est complet, sauf sur un point : l'œil est resté ouvert du côté devenu léthargique et fermé du côté droit devenu cataleptique.

L'hémi-somnambulisme associé soit à l'hémi-léthargie soit à l'hémi-catalepsie est également susceptible de transfert tout comme ces deux derniers états associés.

Dans la catalepsie, l'aimant peut opérer le transfert des attitudes.

L'aimant a la même action sur les phénomènes unilatéraux du somnambulisme dont le transfert peut avoir lieu, soit avant, soit après le réveil s'il s'agit de suggestions persistantes : paralysies par suggestion, spasmes localisés, mouvements impulsifs suggérés, anesthésies sensitives et sensorielles, dysesthésies, hallucinations, etc.

Une circonstance à noter c'est que le transfert des phénomènes localisés, attitude d'un membre dans la catalepsie, paralysie, hallucination, etc., s'accompagne d'une *douleur de tête localisée,* débutant en général du côté de l'aimant, puis passant dans le point symétrique du côté opposé. MM. Binet et Féré ont pu s'assurer que la *douleur de transfert* répond, dans la plupart des cas, aux centres corticaux que les recherches physiologiques et anatomo-cliniques ont mis en rapport avec certaines fonctions déterminées.

Nous renvoyons le lecteur à l'article récemment publié par ces auteurs dans la *Revue philosophique,* où l'on trouvera très méthodiquement et très ingénieusement exposées quelques-unes des déductions auxquelles peuvent donner lieu les expériences de transfert des phénomènes psychiques.

MM. Binet et Féré ont réuni dans un article publié dans la *Revue scientifique* les expériences destinées à éclairer la théorie des hallucinations en prouvant que « l'hallucination est produite par une excitation des centres sensoriels ».

Ils arrivent à cette conclusion que l'hallucination et la sensation ont pour siège le même point des centres nerveux. Sensation, hallucination et souvenir sont unis par un rapport étroit de parenté et, soit qu'on ait l'impression réelle de la couleur rouge, ou qu'on se représente cette couleur par le souvenir, ou qu'on la voie dans une hallucination, c'est toujours la même cellule qui vibre.

Nous avons été conduit plus haut à une conclusion analogue. Je ne releverai parmi les faits cités par MM. Binet et Féré que les suivants qui sont nouveaux pour nous et viennent s'ajouter à ceux que nous avons déjà exposés.

Nous avons rapporté plus haut comment l'hallucination d'une couleur pouvait donner naissance à une image consécutive en tout semblable à celle qui est la conséquence de la perception de cette couleur dans les conditions normales. MM. Binet et Féré ont poussé plus loin l'expérience. Ils ont voulu savoir si une hypnotique pouvait faire du blanc avec le mélange du rouge et du vert suggérés. Un dispositif aussi simple qu'ingénieux leur a permis de constater ce résultat qui, pour prévu qu'il ait été, n'en est pas moins intéressant : les couleurs imaginaires donnent des teintes résultantes qui sont toujours conformes aux lois de l'optique. C'est une variante et en même temps une confirmation de l'expérience première qui montre que l'hallucination d'une couleur se comporte exactement comme la sensation réelle de cette couleur.

Nous avons rappelé les travaux de M. Féré qui prouvent qu'il existe dans des régions indéterminées de l'encéphale des centres sensitifs communs aux organes des sens et aux téguments qui les recouvrent. Ainsi, l'achromatopsie hystérique s'accompagne de perte de la sensibilité de la conjonctive et même de la cornée. Dans la catalepsie profonde on peut impunément toucher la conjonctive sans provoquer de réflexe. Mais si en agitant plusieurs fois un objet devant les yeux de la cataleptique on arrive à fixer son regard, la sensibilité de la conjonctive reparaît.

Il y a plus. Chez un cataleptique dont la cornée et la conjonctive sont insensibles, l'hallucination provoquée réveille la sensibilité générale de l'œil exactement comme le fait la vision d'un objet réel qu'on agite devant les yeux du sujet.

MM. Binet et Féré ont constaté en outre que l'hallucination visuelle s'accompagne souvent d'une hyperesthésie ou plutôt d'une dysesthésie des téguments de l'œil qui dure autant qu'elle et disparaît avec elle. « Ne semble-t-il pas, ajoutent ces auteurs, que si une hallucination peut exercer cette modification sur la sensibilité cutanée de l'œil, c'est qu'elle excite la sensibilité spéciale de l'organe, c'est-à-dire le centre de la vision. »

II

Paul Janet. *De la suggestion hypnotique*, in *Revue politique et littéraire*, nos 4, 5, 6, 7, 8, 1884.

M. Paul Janet (de l'Académie des sciences morales et politiques) a publié sur la suggestion hypnotique une série de remarquables articles. Tous ceux qui s'intéressent aux études sur l'hypnotisme sauront gré à l'éminent philosophe de l'esprit largement libéral, en même temps que sagement critique, avec lequel il a abordé ces questions naguère encore si discréditées et mises au ban de la science officielle.

Le travail de M. Janet marque comme une étape dans ces études nouvelles, et fait la part des résultats définitivement acquis à la science et de ceux qui doivent attendre encore un complément de preuves.

La méthode que M. Janet préconise est celle qui a été inaugurée à la Salpêtrière par M. Charcot, et que nous avons toujours suivie. On la trouvera plus haut longuement exposée.

Il résulte de cette méthode que les premiers faits acquis à la science ont été les phénomènes les plus simples et les plus grossiers, ceux auxquels nous avons consacré nos premières études; tels que les phénomènes somatiques, modifications de la motilité (contracture de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, paralysies) et de la sensibilité, de la respiration, etc.

En second lieu sont venus les phénomènes psychiques d'une étude plus complexe et plus difficile, mais qui ont trouvé dans les phénomènes somatiques précédemment décrits par nous une base solide, un point d'appui qui leur manquait auparavant.

M. Janet se borne à examiner ce second ordre de faits en traitant la question de la suggestion hypnotique.

Il montre comment du plus simple au plus complexe, tous les faits de suggestion (suggestion de mouvements, suggestion de sensations ou d'hallucination, suggestion d'actes) forment une sorte de filière ininterrompue et peuvent s'expliquer, plus ou moins facilement, mais assez vraisemblablement, par les lois de l'association soit des images, soit des mouvements, c'est-à-dire par des lois connues, et qu'ils se rattachent ainsi à la science positive par des liens précis.

M. Janet ne fait exception que pour les suggestions à longue échéance, et qui, *ne se rattachant point à une sensation vive*, constituent un fait nouveau, « d'un tout autre ordre que les faits précédents et qui, s'il était vrai, nous ferait entrer dans le domaine des facultés mystérieuses et inconnues, semblables à celles du magnétisme animal : double vue, pressentiment, vision immédiate de la pensée sans aucun signe matériel. Que ces faits soient vrais ou faux, nous ne le savons pas, ajoute M. Paul Janet; mais nous disons qu'il faut les mettre à part, comme un ordre de recherches qui peut et qui doit attendre que le reste soit élucidé. »

C'est là un sage parti, conséquence immédiate de la méthode à laquelle on doit jusqu'à présent les résultats scientifiques définitivement acquis.

Nous avons eu soin d'établir cette distinction au commencement de nos études, et, sans rien préjuger de l'existence des faits extraordinaires que réclame encore le « magnétisme animal », nous les avons mis à part et expressément réservés.

III

PAUL MAGNIN. *Étude critique et expérimentale sur l'hypnotisme. De quelques effets des excitations périphériques chez les hystéro-épileptiques à l'état de veille et d'hypnotisme*, 1884.

EDGA BERILLON. *Hypnotisme expérimental. La dualité cérébrale et l'indépendance fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux*, 1884.

Ces deux thèses résument l'enseignement de M. Dumontpallier sur « l'Hypnotisme expérimental » et offrent l'avantage de présenter réunies les diverses observations jusqu'ici éparses du médecin de la Pitié et de ses élèves.

Bien que les sujets d'expérimentation aient été, à la Pitié comme à la Salpêtrière, des malades atteintes d'hystérie, j'ai eu l'occasion de signaler, chemin faisant, quelques divergences entre les résultats observés de part et d'autre. Je n'ai pas à y revenir ici. Cependant, puisque dans la thèse de M. Magnin plusieurs de nos assertions sont formellement contredites, il est nécessaire d'ajouter quelques mots, afin d'empêcher le désordre et la confusion de s'établir là où tous nos efforts ont été d'apporter de l'ordre et de la clarté.

Tout d'abord il nous semble qu'il faut se garder d'assimilations forcées et ne pas se hâter de conclure des cas que l'on a observés à ceux que l'on n'a pas eus sous les yeux. Les quelques observations contradictoires de MM. Magnin et Dumontpallier ne prouvent absolument rien contre les nôtres. Les faits sont différents, voilà tout.

Ces auteurs, par exemple, n'ont jamais eu l'occasion d'observer la contracture d'origine sous-cutanée, telle que nous l'avons décrite sous le nom de phénomène de l'*hyperexcitabilité neuro-musculaire de l'état léthargique*. Nous pensons que la démonstration que nous en avons faite plus haut n'en est pas moins bien établie pour cela. Pour ces observateurs, toutes les contractures provoquées de l'hypnotisme ont leur origine exclusive dans une excitabilité spéciale des nerfs cutanés. Nous avons également observé et décrit, dans l'hypnotisme, la contracture d'origine cutanée, mais nous avons bien pris soin de la distinguer de l'autre forme de contracture que nous avions signalée en premier lieu. Et nos malades nous ont permis d'étudier ces deux formes de contracture avec d'autant plus de soin et moins de chances de confusion, que nous les rencontrions isolées l'une de l'autre, dans deux phases distinctes du sommeil hypnotique. Je ne puis ici que renvoyer, pour plus de détails, aux descriptions que nous en avons données.

M. Magnin, tout en faisant quelques réserves et « en attendant mieux », adopte notre classification des différents états hypnotiques. Notre prétention n'a jamais été, en des matières aussi neuves, d'édifier quelque chose de définitif et qui ne soit pas susceptible de révision. Néanmoins, nous ne pensons pas que la méthode employée par M. Magnin constitue un progrès. Dans l'exposition de la symptomatologie des différents états, cet auteur se contente de reproduire presque textuellement notre description, puis la fait suivre des faits contradictoires observés par lui sur ses malades. Le tout forme un singulier mélange.

Sans aucun doute, les faits rapportés par M. P. Magnin sont pleins d'intérêt et ont été consciencieusement observés; mais ils sont différents des nôtres. Pourquoi vouloir les faire entrer de force dans le même cadre?

On pourrait reprocher à notre description d'être trop schématique et de ne s'appliquer qu'à un petit nombre de cas. Il est vrai que les malades hystériques présentant tous les phénomènes du grand hypnotisme tels que nous les avons décrits sont rares. Mais elles n'en existent pas moins. La description d'ensemble à laquelle nous nous sommes arrêté n'est donc pas une simple abstraction; elle a été faite d'après nature et elle répond à la réalité. Le grand avantage que nous y avons vu tout d'abord et qui nous fait encore aujourd'hui la maintenir telle quelle, c'est que les différents phénomènes tant somatiques que psychiques y apparaissent à un état de simplicité et d'isolement éminemment propre à l'étude.

D'ailleurs nous avons ajouté que nous la considérions comme un type susceptible de variétés plus ou moins nombreuses, de déviations mêmes. Nous ne voyons pas quel intérêt il y aurait à y introduire tous les faits accessoires, toutes les particularités qu'il est possible d'observer. Notre tableau disparaîtrait bientôt sous la surcharge des détails, des faits accidentels, voire même des contradictions.

Sans exagérer la valeur de ces coupes, destinées surtout à faciliter l'étude des cas plus difficiles et plus complexes, encore faut-il les faire précises. Mieux vaudrait les supprimer complètement que d'y répandre la confusion.

IV

F. Bottey. *Le magnétisme animal. Étude critique et expérimentale sur l'hypnotisme provoqué chez les sujets sains,* Plon et Cie, 1884.

Le livre de M. Bottey est surtout une œuvre de vulgarisation. Il comprend cependant une partie originale plus particulièrement consacrée à l'étude de l'hypnotisme chez les sujets sains.

M. Bottey arrive à cette conclusion que « les manifestations hypnotiques sont absolument les mêmes chez les sujets sains que chez les hystériques ».

Il est vrai que dans ses recherches sur les sujets hystériques, les résultats obtenus par M. Bottey diffèrent sur plusieurs points des nôtres. Le litige porte principalement sur les phénomènes neuro-musculaires. M. Bottey admet les deux formes de contracture par nous décrites, contracture par excitation mécanique du muscle ou du nerf et contracture par excitation exclusivement cutanée. Seulement il les a toujours observées réunies et se montrant indistinctement dans les différentes phases de l'hypnotisme.

Que faut-il en conclure? que les cas observés par M. Bottey sont moins simples, moins analytiques que ceux qui, dans notre description, nous ont servi de modèles; et, par là même, plus près des cas, en général plus complexes et plus difficiles qui forment la masse des observations de l'hypnotisme considéré en dehors de la grande névrose.

Le travail de M. Bottey n'en est pas moins plein d'intérêt, et donne un résumé assez complet de toutes les recherches faites jusqu'à ce jour sur l'hypnotisme. On nous permettra, à ce propos, une simple remarque au sujet de laquelle nous tenons tout d'abord à mettre hors de cause la bonne foi de l'auteur. Dans des questions qui étaient déjà en pleine voie d'évolution, lorsque M. Bottey en a abordé l'étude, il a eu peut-être une trop grande tendance à considérer comme banal et de notoriété publique un certain nombre de faits signalés par ses devanciers, ce qui l'a tout naturellement conduit à négliger des citations qui, à notre avis, ne peuvent pas encore l'être. On ne doit pas traiter la symptomatologie de l'hypnotisme comme on ferait d'une affection depuis longtemps décrite et connue de tous, comme la pneumonie ou la fièvre typhoïde par exemple. On voit de suite les inconvénients de cette manière de procéder dans l'exposé de matières encore si neuves, et il faut être très au courant de la littérature hypnotique de ces derniers temps pour ne pas attribuer à l'auteur ce qui revient de droit à ses prédécesseurs.

FIN DES NOTES

TABLE DES MATIÈRES

DEUXIÈME PARTIE

DES PRINCIPALES VARIÉTÉS DE LA GRANDE ATTAQUE HYSTÉRIQUE

TROISIÈME PARTIE

OBSERVATIONS RELATIVES A LA GRANDE ATTAQUE HYSTÉRIQUE ET A SES PRINCIPALES VARIÉTÉS

QUATRIÈME PARTIE

DE L'HYPNOTISME CHEZ LES SUJETS ATTEINTS DE GRANDE HYSTÉRIE OU GRAND HYPNOTISME

APPENDICE

PREMIÈRE PARTIE. — L'HYSTÉRIE DANS L'HISTOIRE

DEUXIÈME PARTIE. — L'HYSTÉRIE DANS L'ART

NOTES

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES

BOURLOTON. — Imprimeries réunies, B.

TABLE DES PLANCHES

ERRATA

Pages.	Lignes.	Au lieu de :	Lisez :
85	38	La deuxième période	La première période.
182	3	En matière de conclusions	En manière de conclusion.
187	1	Le lieu	Le lien.
637	..	Article premier	§ 1.
639	..	Article II	§ 2.
		Article III	§ 3.
642	..	Article IV	§ 4.
644	..	Article V	Article VI.
650	..	Article V	Article VII.